نموذج رقم (٨)

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية بعد إجراء التعديلات المطلوبة

الاسم الرباعي : خالد علي راجح بركات . الكلية : التربية . القسم : علم النفس .

التخصص : إرشاد نفسي .

الأطروحة مقدمة لنيل درجة : الماجستير .

عنوان الأطروحة : (الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) .

الحمد لله رب العالمين ، والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين . وبعد :

فبناء على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة المذكورة عاليه والتي تمت مناقشتها بتاريخ ١٢/٧/ ١٤١٨ هـ المشيرة لقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة وحيث قد تم عمل اللازم ... فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة أعلاه ...

والله الموفق ،،،

أعضاء اللجنة

المشرف	مناقش من داخل القسم	مناقش من خارج القسم
الاسم :أ.د زايد بن عجير الحارثي	الاسم : د.سعيد بن علي مانع القحطاني	الاسم : د.محمد بن معيض الوذيناني
التوقيع	التوقيع	التوقيع

يعتمد،،،،

رئيس قسم علم النفس

د. جمال اسعد قزاز

---

* يوضع هذا النموذج أمام الصفحة المقابلة لصفحة عنوان الأطروحة في كل نسخة من الرسالة .

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة أم القرى
كلية التربية
قسم علم النفس



الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة .

إعداد الطالب

خالد علي راجح بركات

إشراف الأستاذ الدكتور

زايد بن عجير الحارثي

رسالة علمية مقدمة لقسم علم النفس في كلية التربية بجامعة أم القرى متطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس (تخصص إرشاد نفسي)

الفصل الدراسي الثاني

١٤١٨هـ - ١٩٩٨ م

ملخص الدراسة

* الموضوع :

الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسئولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة ،

* الأهداف :

١- التعرف على طبيعة الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً ،

٢- التعرف على الفروق فى الاتجاهات بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى ،

٣- تحديد أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية في إحداث فروقات في اتجاهات العينة الكلية نحو المرض والمريض النفسي وهذه المتغيرات هي (المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية، العمر) ،

٤- التعرف على علاقة الاتجاهات نحو المرض النفسي بالمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ،

٥- التعرف على علاقة الاتجاهات نحو المريض النفسي بالمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ،

٦- تحديد الفروق في مستوى المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى ،

* العينة :

بلغت عينة الدراسة (٢٠٥) فرداً من الذكور البالغين منهم (١٢٥) حالة من العاملين في مستشفيات الصحة النفسية بالطائف وجدة ، و (٨٠) حالة من ذوي المرضى الذهانين الوظيفين المراجعين لمستشفيات الصحة النفسية بالطائف وجدة ،

* الأدوات :

١- مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي المطور عن مقياس خليفة (١٩٨٩م) ،

٢- مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية من إعداد الحارثي (١٩٩٥م) ،

* نتائج الدراسة : توصلت الدراسة الى :

١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين مع المرضى ،

٢- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى ،

٣- توجد فروق دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين مع المرضى وذوى المرضى في طرق علاج المرض النفسي فقط عند مستوى دلالة (< ٠,٠٥) لصالح العاملين مع المرضى ،

٤- توجد فروق دالة إحصائياً فى الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً عند مستوى دلالة (< ٠,٠٠١) لصالح الأكثر تعليماً ،

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً فى الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين المتزوجين وغير المتزوجين ،

٦- لا توجد فروق دالة إحصائياً فى الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العينة الكلية بين الأكثر عمراً والأقل عمراً ،

٧- توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة عند مستوى دلالة (< ٠,٠٥) ،

٨- توجد علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة (< ٠,٠١) ولم تتضح دلالة إحصائية لهذه العلاقة مع ذوي المرضى ،

٩- توجد فروق دالة إحصائياً فى المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى عند مستوى دلالة (< ٠,٠٠١) لصالح العاملين مع المرضى ،

التوصيات :

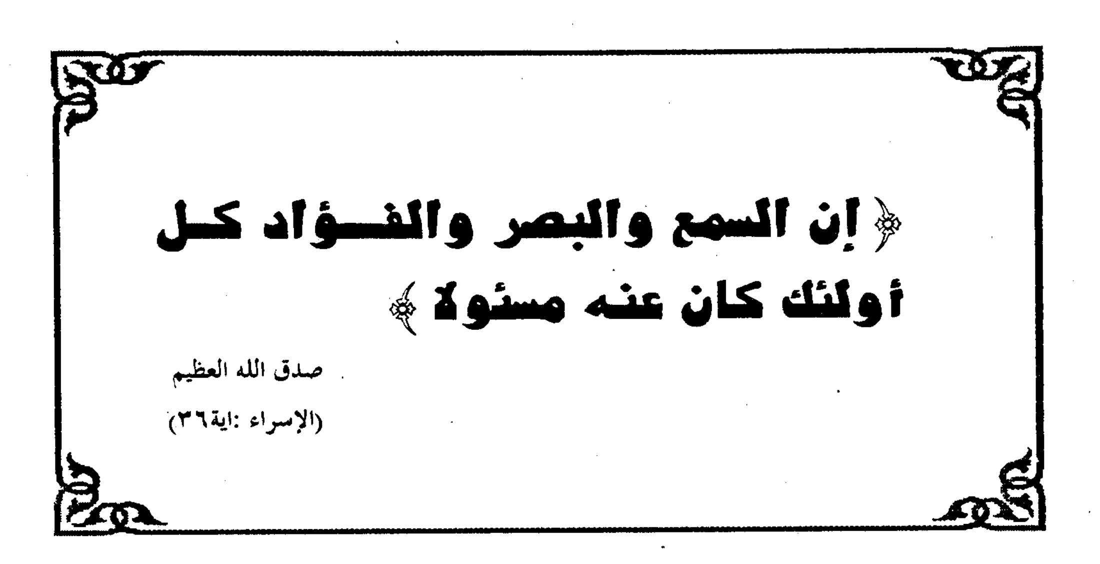
١- تضمين البرامج والمقررات المعدة للعاملين فى الميدان النفسي معلومات تحسن الصورة المدركة عن المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحوه لتتكامل مساعي التأهيل مع المعرفة بطرق العلاج النفسي ،

٢- وضع برامج توعية وتثقيف مركزة معدة للفئات الأقل تعليماً لتعريفهم بأسباب وطرق علاج المرض النفسي وكيفية التعامل مع المريض النفسي ،

٣- تدعيم مقومات المسئولية رسمياً وإعلامياً لدى ذوي المرضى مع تشجيعهم على تحمل المسئولية نحو مرضاهم ،

يعتمد : عميد كلية التربية	المشرف	إعداد الطالب
د. عبد العزيز عبد الله خياط	أ.د. زايد بن عجير الحارثي	خالد علي راجح

بسم الله الرحمن الرحيم



﴿ إن السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسئولا ﴾

صدق الله العظيم

(الإسراء :اية٣٦)

إهداء

إلى والدي من أدعو لهما بالرحمة في الداريــن كما ربياني صغيــراً،

إلى روح والدي الطاهرة رحمه الله رحمة واسعة وأسكنة فسيح جناته،

إلى والدتي وجميع أفراد أسرتي، نبع الحنان والمروءة والطيبة والصفاء ابقاهم الله ذخراً .

إلى زوجتي رفيقة دربي ، وأبنائي حفظهم الله ورعاهم وأصلحهم ،

إلى كل أخ وأستاذ وقريب وزميل ، جمعني الله بهم دوماً على خير،

أهدي لكم ثمرة جهدي المتواضع .

المخلص / خالد

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم ، الذي أكرمني على إتمام دراستي ، وعلمني شكره في قوله تعالى : { رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحاً ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين } [النمل آيه ١٩].

والصلاة والسلام على خير الأنام محمد عليه الصلاة والسلام ، وبعد :

فإن هذا الجهد ما هو إلا ثمرة جهود العديد من المخلصين المتوجب شكرهم والدعاء لهم كما علمنا نبينا عليه الصلاة والسلام حين قال : (من صنع إليكم معروفاً فكافئوه ، فإن لم تجدوا ما تكافئون به فادعوا له حتى تروا أنكم قد كافأتموه) . [السجستاني : ١٩٦٨م : ٨٩] .

وبداية أتوجه بالشكر والدعاء بالخير لكل من أعارني اهتماماأو أهداني كتابا أو ساعدني في الحصول علىذلك ، وأيضا من قدم لي مشورة علمية طورت دراستي ، وأخص بالشكر والتقدير : الدكتور(زايد بن عجير الحارثي) المشرف العلمي المتميز الذي منحني وقته واهتمامه وعمل على رعاية بحثي وتعزيز أفكاري خلال جميع مراحل مشواري البحثي ، وأعترف بالفضل للدكتور (سعيد بن على مانع القحطاني) الذي منحني عنايته المخلصة وطور أفكاري عبر مناقشته لخطة الدراسة وتحسين أدواتها ومن خلال مناقشته النهائية للدراسة،كما أشكر الدكتور (محمد جعفر جمل الليل) الذي قدم لي أفكار مثمرة حسنت الدراسة عند مناقشته لخطة الدراسة وتطوير أدواتها ، ولا يفوتني تقديم الشكر والتقدير للسادة أعضاء لجنة مناقشة الدراسة الذين كان لتوجيهاتهم المثمرة أثر بالغ في ظهور الدراسة على هذه الصورة وأخص بالشكر المناقش الخارجي الدكتور (محمد بن معيض الوذيناني) .

كما أتوجه بالشكر والدعاء بالخير لجميع أساتذة قسم علم النفس الكرام ورئيس قسمهم الدكتور (جمال أسعد قزاز) عرفاناً لهم على ما بذلوه في تربيتي وتعليمي وتوفير مقومات سير دراستي ، مع عظيم شكري وتقديري للدكاترة (عابد محمد النفيعي ، عبدالمنان معمور بار ، عبدالرحيم الجفري ، نبيل السيد حسن السيد) على مساهمتهم الفعالة في تطوير أدوات الدراسة .

وأقدم شكري لمدير الشئون الصحية بالطائف الدكتور (خالد العيسى) على تشجيعه الدائم لمنسوبيه لتطوير مهاراتهم العلمية وتقديم مساهماتهم الخيرة على كافة المستويات الأكاديمية والاجتماعية . وأدين بالشكر والتقدير لإدارات مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة وجميع الزملاء والزميلات الذين ساهموا بجهود مخلصة في أجراء وتطبيق أدوات الدراسة، وأخص بالذكر الدكتور (عدنان بن ديب عاشور) مدير مستشفى الصحة النفسية بالطائف حالياً والدكتور (يوسف عبدالغني) مدير مستشفى الصحة النفسية بالطائف سابقاً .

كما أشكر أفراد عائلتي على ما بذلوه في سبيل رعايتي وتأديبي وتعليمي وتشجيعي خلال مشوار دراستي وحياتي العامة .

والله أسأل أن يشرح لي صدري وييسر لي أمري ويحلل عقدة من لساني ويجعل عملي خالصاً لوجهة الكريم أنه سميع مجيب ،،وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين ،،،،،،،

خالد علي راجح

قائمة المحتويات

الموضـــوع | الصفحة

الفصل الأول
المدخل الى الدراســـة

• مقدمـــة ٢
• مشكلة الدراسة ٥
• أهمية الدراســـة ٩
• أهداف الدراسة ١٢
• تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً ١٢
• حدود الدراســـة ١٣

الفصـل الثاني
الإطار النظـري

• مفاهيم الدراســـة ١٦
أولاً : الاتجاهات النفســـية ١٦
ثانياً : المريض النفسي ٢٢
ثالثاً : التعريف بالاضطرابات الذهانية الوظيفية ٢٧
رابعاً : المسئولية الشخصية الاجتماعية ٣٦
خامساً : منهج الوقاية في الطب النفسي ٣٩
• الدراســـات السابقـــة ٤١
أولاً : الدراسات العربية ٤١
ثانياً : الدراسات الأجنبية ٤٦
ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة ٥٧
• فروض الدراســـة ٦١

الموضـــوع الصفحـــة

الفصل الثالث
إجراءات الدراسـة

- منهج الدراســة ٦٣
- عينة الدراســة ٦٣
- أدوات الدراســة ٦٦
- إجراءات التطبيق ٧٩
- الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج ٨٠

الفصـل الرابع
نتائج الدراسـة

- عرض نتائج الدراسة وتفسيرها ٨٢

الفصل الخامس
خلاصة الدراسـة

- خلاصة نتائج الدراســة ١٠١
- التوصـــيات ١٠٢
- توصيات عامة ١٠٢
- دراسات وبحوث مقترحة ١٠٤

المراجع

- المراجع العربية ١٠٦
- المراجع الأجنبية ١١٣

الملاحق

- استمارة البيانات الأولية ١١٦
- مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي ١١٩
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات ١٢٢
- مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية ١٢٥
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسئولية ١٣٠
- خطابات الموافقة على تطبيق أدوات الدراسة ١٣٣

قائمة الجداول

رقم الجدول	بيان محتوى الجدول	الصفحة
١	يوضح الخصائص المهنية والقرابية ومصدرها لمجموعات العينة	٦٤
٢	يوضح الخصائص العمرية للعينة الكلية ولمجموعات العينة	٦٥
٣	يوضح خصائص الحالة الاجتماعية للعينة الكلية ولمجموعات المعينة	٦٥
٤	يوضح خصائص المستوى التعليمي للعبينة الكلية ولمجموعات العينة	٦٦
٥	يوضح ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الاتجاهات	٦٩
٦	يبين علاقات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات والمجموع الكلي	٧٠
٧	يبين مصفوفة إرتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات	٧١
٨	يبين ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس المسئولية	٧٥
٩	يبين علاقات إرتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسئولية والمجموع الكلي	٧٦
١٠	يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسئولية	٧٧
١١	يوضح البيانات الوصفية الإحصائية للعاملين مع المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٢
١٢	يوضح البيانات الوصفية الإحصائية لذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٥
١٣	يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى .	٨٧
١٤	يوضح أعداد مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً ونسبتهم للعينة الكلية	٨٨
١٥	يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً	٨٩
١٦	يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة المتزوجين ومجموعة غير المتزوجين	٩١
١٧	يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً .	٩٣

رقم الجدول	بيان محتوى الجدول	الصفحة
١٨	يبين معاملات إرتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي ومتغير المسئولية لدى مجموعات الدراسة .	٩٥
١٩	يبين معاملات إرتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المريض النفسي ومتغير المسئولية لدى مجموعات الدراسة	٩٧
٢٠	يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمه (ت) ودلالتها لفروق متوسطات المسئولية بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى	٩٨
٢١	يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مقياس الاتجاهات وارتباطها بطريقة بيرسون مع المجموع الكلي للمقياس	١٢٢
٢٢	يوضح معاملات إرتباط فقرات مقياس الاتجاهات مع أبعادها بطريقة بيرسون	١٢٣
٢٣	يوضح مساهمة مفردات مقياس الاتجاهات في تعزيز معامل ألفا	١٢٤
٢٤	يوضح المتوسطات والإنحرفات المعيارية لفقرات مقياس المسئولية وإرتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد .	١٣٠
٢٥	يوضح مساهمة مفردات مقياس المسئولية في تعزيز معامل ألفا	١٣٢

قائمة الأشكال

رقم الشكل	بيان محتوى الشكل	الصفحة
١	يوضح تشتت إتجاهات العاملين على مقياس الاتجاهات العام	٨٣
٢	يوضح تشتت اتجاهات ذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام	٨٦

الفصـــــل الأول



المدخل إلى الدراسة

- مقدمة .
- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها .
- أهمية الدراسة .
- أهداف الدراسة .
- تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً .
- حدود الدارسة .

*** مقدمة :**

إن المتتبع لتطور علم النفس في العالم العربي يجد أنه بقى لفترة يعاني من أزمة عدم فهم ، وظل حبيساً للصورة المرتسمة في أذهان الناس عن هويته حين أُعتبر خطأ جزء من علم النفس المرضي،مما أدي إلى تأخر الاستفادة من نتائج الدراسات النفسية .

وبفضل نشاط الدراسات النفسية الاجتماعية الأكاديمية خرج علم النفس من هذه الدائرة وأخذ نفوذه ينمو ويتزايد، ولم يكن ذلك راجعاً لأن علم النفس يقدم إكتشافات مذهلة جديدة ، ولكن ببساطة لأن المجتمعات العربية مرت بتحولات وتغيرات إستلزمت عدم ترك التغير للعشوائية والتلقائية ووجدت الوجهة والتوجيه في العلوم الاجتماعية وعلى وجه الخصوص علم النفس الاجتماعي، وبرز موضوع الاتجاهات كأحد المفاهيم الأكثر إلزاماً في علم النفس الاجتماعي لقدرته على دراسة الواقع دراسة تحليلية يمكن معها تلمس الأفكار والاتجاهات الخاطئة التي تعرقل الذهن والسلوك من تعلم الجديد والمفيد ، مما يساعد على إنماء ما يحقق المصلحة العامة ونبذ ما يعوق التقدم الإنساني .

وقد نجح المجتمع السعودي منذ فترة ليست بالقصيرة في إستثمار الاتجاهات نحو موضوعات تربوية واجتماعية ومهنية، من أمثلتها دراسة طاهر (١٩٩٠م) لمعرفة اتجاهات المعاملة الوالدية لدى الأبناء الأسوياء وغير الأسوياء، ودراسة أمير خان (١٩٨٨م) لمعرفة اتجاهات الطلبة والطالبات نحو مهنة التمريض،ودراسة حسين (١٩٨٣م) لمعرفة الفروق في العادات والاتجاهات الدراسية بين المتفوقين والعاديين والمتأخرين دراسياً ، ولاشك أن تراكم نتائج مثل هذه الدراسات يوفر المعرفة النافعة التي تعين المربين والمخططين لتطوير خدماتهم لتنمية أفراد المجتمع وتحقيق توافقهم وصحتهم النفسية وفعاليتهم داخل المجتمع .

ولعله من المفيد الإستمرار في دراسات نفسية تتصل بقطاعات المجتمع الأقل قدرة على التكيف والتوافق النفسي من المرضى النفسيين الوظيفيين لمعرفة الاتجاهات نحوهم ونحو أساليب رعايتهم ، خاصة وأن الدراسات حول هذا الموضوع محدودة كما أنه قد حدثت تحولات واسعة في مفاهيم رعاية المرض النفسي في النصف الثاني من هذا القرن ، فأصبحت الاتجاهات نحو المريض النفسي أكثر وداً وتطورت العقاقير الطبية وبدأت توجهات حديثة تنادي بإبقاء المريض النفسي في بيئته الاجتماعية وتوفير الخدمة المطلوبة في ذلك المحيط والنأي بالمريض النفسي عن آثار العلاج المؤسساتي والتركيز على اتجاهات اجتماعية تعيد الثقة إلى المريض النفسي وتزيل الوصمة والاتجاهات الخاطئة التي تكونت نحوه في الماضي .

وقد واكبت الجهود الكبيرة المبذولة لقطاع الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية هذه التغيرات وبما يتفق مع طبيعة المجتمع السعودي ، بيد أن تنمية هذا القطاع يسلتزم بذر ثمار الثقافة المطورة ونشر الوعي بقواعد الصحة النفسية في النفوس التي تقف بمتانة مع التطور الإجتماعي والإقتصادي، فلاتزال بعض الدراسات تلمس مظاهر الاتجاهات المعوقة للإستفادة الوافية من الخدمات النفسية ، وقد وجد فرح (١٩٩٣م) في دراسته لعوامل إنقطاع المريضات النفسيات عن مراجعة العيادات النفسية أسباب تتعلق برفض الأسرة لإصطحاب المريضات للمستشفى وتفضيل التوجية لقنوات العلاج الديني أو الشعبي ، كما لاحظ الصغير (١٩٩٤م) أن بعض أفراد عينته تقحم العين في كثير من الإضطرابات دون بينة أو برهان شرعي (ندوة العلاج الشعبي والطب النفسي : ١٩٩٤م)،وكثيراً ما يؤدي عدم وضوح هذه الاتجاهات إلى حرمان المريض النفسي الذهاني الوظيفي من فرص العلاج المبكر ويؤدي إلى إنقطاعه عن العلاج

وانتكاسته أو يساهم في تعزيز الأعراض المرضية لديه باتجاهات ثقافية تؤخر التدخل العلاجي الوقائي،وهذا الأمر يستدعي التعرف على هذه الاتجاهات بوسائل القياس النفسي الموضوعية .

كما وجد الدليم (١٩٩٣م) في دراسته لأسباب بقاء بعض أفراد عينته من المرضى الفصاميين في المستشفى عوامل تتعلق بإتجاهات الخوف من المريض النفسي وأيضاً ظروف اجتماعية تتعلق بعدم وجود شخص يهتم برعاية المريض النفسي ، وفي دارسة أخرى وجد الدليم (١٩٩٣م) في استقصائه لرأي الأخصائين الاجتماعين عن واقع المتابعة الميدانية للمرضى بعد خروجهم بُعد اجتماعي يعوقهم عن أداء دورهم من أهمها عدم تعاون الأسر معهم، ولعل التعرف على الاتجاهات نحو المريض النفسي سيكشف حجم الإدراكات والمشاعر السلبية نحو المريض النفسي التي تقود لبقاء المرضى في المستشفيات أو عدم قبول متابعتهم ميدانياً ، وسيعين ذلك على وضع توصيات تعزز تجاوب المجتمع لمساندة المريض النفسي ، وأيضاً سيسلط الضوء على الفائدة العلمية للخدمات المتبادلة بين ميادين علم النفس التطبيقي وعلم النفس المرضي.

* مشكلة الدراسة :

جرب الإنسان منذ القدم طرق عديدة لتخفيف أعراض الإضطرابات الذهانية الوظيفية ، وطبق وسائل عديدة لتحقيق ذلك تراوحت بين الطقوس الوثنية والجراحات المخية والتنظيم الغذائي والجرعات المكثفة من الفيتامينات وتعديل الوعي لإعادة بناء الشخصية وإستخدام الصدمات التشنجية والعقاقير المهدئة .

وحالياً يبدو أن أكثر الوسائل فعالية لمواجهة هذه الأعراض إعتماد الوقاية المبكرة منها والتدخل المباشر عند ظهورها بوسائل (تدمج بين إستخدام العقاقير والتأهيل الاجتماعي كوحدة متكاملة) ولم ينشأ هذا المنحنى عفوياً بل نتيجة العديد من الاكتشافات والممارسات العلاجية ونتائج الحقائق النفسية. (دافيدوف،١٩٨٣م: ٧٢٦) .

وقد تم إقرار فائدة العقاقير بعد اكتشاف نجاح عقار كلوربرومازين في خفض عدد مرضى الفصام عام ١٩٥٥م ، وتدعم بعد ملاحظة قدرة عقار ايبرونيازيد على إحداث تغيرات انفعالية لدى مرضى الاكتئاب وكان هذا العقار في الأصل مخصصاً لعلاج مرضى الدرن ، ومع التطور والتحسن في أنواع العقاقير وإختبارها على المرضى تكونت قناعة بفعاليتها في تلاشي الهلاوس والأوهام والارتباك والقلق وعدم التناسق الانفعالي وأنها تضع المضطرب في بداية توافقه مع المجتمع.(سوين :١٩٨٨م :٧٤٣) (عسكر : ١٩٨٨ م : ٢٢) .

ومن ملاحظة آثار العلاج المؤسساتي وإجراءات القبول والتشخيص (أعيد صياغة أدوار المصحات التي كرسها بينيل ١٩٧٣مPanel في خفض المرضى والرعاية الأخلاقية لهم لتصبح قاصرة على التنويم المحدود داخلها بعيداً

عن ضغوط الحياة اليومية كشيئ تدعيمي بنائي يعود بعده المريض لعالمه الخارجي في وضع صحي نفسي أفضل مما كان عليه) ، وبدأت توضع ترتيبات جزئية للإقامة المؤقتة والايواء تحت إشراف قيادي طبي ، ولقد توصلت دراسة أجرها (وينج ١٩٦٢ م Wing إلى أن الايداع الطويل في المؤسسات يطور أعراض الاضطرابات النفسية حيث تنحط مهارات المرضى الاجتماعية وتزداد كراهيتهم لأوجه العمل والنشاط ويفقدون روح المبادرة وأطلق على ذلك النفور التدريجي من الحياة المدنية) كما (وجد زاز Zaz وروزنهان Rozenhan أن تطبيق فئات التشخيص الشائعة تطور لعب المريض لأدواره المرضية فيقع في خطأ السالب المنفي أي خطأ إدراك أنه سليم وأن فئات التشخيص تؤدي إلى ردود إجتماعية سيئة حتى لدى الاطباء أنفسهم).(الدليم:١٩٩٣م: ٣٣١) (كاشدان:١٩٨٨م: ١٦٤) (إبراهيم : ١٩٨٨م : ٦٥).

وكما يبدو أن حل معادلة العلاج والتأهيل إقتضت إستمرار المعالجة داخل المجتمع (وثبت للباحثون أن حوالي ٧٥٪ من الأفراد الذهانيون يمكن بقائهم في نطاق المؤسسة التقليدية أو الأسرة إذا توفرت المعالجة الطبية) ، ويعتقد الباحث أن تحقيق ذلك يتطلب اتجاهات مواتية نحو أساليب العلاج الطبي النفسي واتجاهات مواتية نحو المريض النفسي فالاتجاهات محدد وضابط للسلوك الإنساني لحد كبير.(دافيدوف: ١٩٩٠م : ٧٢٦) . .

ومن المهم التأكيد على أن هذه الاتجاهات يجب أن تتوفر لدى المختصين في نطاق الطب ويجب أن تتوفر اتجاهات أكثر إيجابية عن السببية المرضية الاجتماعية وعدم المبالغة في نسبة الاضطراب النفسي لأسباب عضوية فقط فالعديد من الدراسات النفسية تلامس إمتداد جذور الاضطرابات النفسية المثيرة للإستعداد البيولوجي في نطاق البيئة الاجتماعية وتعمل على تدعيمها (ففي دارسة كندية

وجد ليستر Laister أن الأعراض السلبية التي لاتتجاوب بسهولة مع العلاج وهي التراجع العاطفي والتبلد الوجداني والتخلف الحركي لدى المرضى النفسيين المزمنين الخارجين المستقرين ترتبط مباشرة بضعف الأداء على صعيد العلاقات الاجتماعية ومشاكل المعيشة والرعاية المتوفرة في محيط المرضى) كما توصل وايتمان (Whiteman :1954) إلى وجود خلل في تجريد المفاهيم الاجتماعية لدى الفصاميين ، وقد راجع (حنين :١٩٨٦م :١٦٥) محيط عدد من أسر الفصامين فوجد أنه لايصقل العمليات العقلية ومنها عمليات تجريد المفاهيم الاجتماعية فبعض الأسر لاتخلو من انحرافات وبعضها لايخلو من أمراض نفسية أو عضوية تؤثر على علاقة الأبناء العاطفية بوالديهم واتسمت أساليب المعاملة الوالدية بمغالات وتطرف في القسوة أو التسامح وبعضها لم تكن الظروف المعيشية والاقتصادية مشبعة أو ساد محيط الأسرة الخلافات والشجار المتصل المثير للإستعداد المرضي (ليستر : بدون : ١١٠).

أما إيزمان (Eisman : 1981) فوجد لدى مرضى الإكتئاب علاقة عكسية بين الشعور بالوحدة وعدد الاتصالات المشبعة مع أفراد الأسرة، كما وجد (الشناوي:١٩٨٦م : ٦٣٨) علاقة عكسية بين الاكتئاب وزيادة العلاقات الاجتماعية، أما (هالستروم Hallstrom فوجد أن آباء المكتئبات يحتاجون لخدمات نفسية مضاعفة عن آباء النساء العاديات وكانت علاقة المريضات بأمهاتهن ضعيفة وكن يتعرضن للعقاب البدني بصورة كبيرة ولايجدن فهماً من والديهم في طفولتهن) (طاهر :١٩٩٠ م : ٤٨) .

مما سبق يمكن القول أن عملية الوقاية والعلاج من الاضطرابات النفسية يتطلب اتجاهات موجبة عن الأسباب النفسية والاجتماعية للمرض النفسي،ويرى الباحث أن هناك انطباع يتردد لدى المختصين عن وجود اتجاهات سلبية نحوالمرض والمريض النفسي تستوجب هذه الدراسة .

فالاتجاهات السالبة التي تنسب المرض النفسي للمس أو العين أو الخوف المفاجئ أو الوراثة دون مراجعة حقيقية للأسباب البيئية والشخصية المثيرة للإستعداد المرضى تكرس التدخل الوقائي المتأخر بعد إزمان الحالة وحدوث آثار ضارة من قبل المريض في محيطه تجعله مرفوضاً من ذويه ، كما يسبب إتباع الطرق غير العلمية وغير الواعية لعلاج المرضى النفسين في زيادة الأعراض المرضية النفسية والجسدية ، وأحياناً عدم القناعة بطرق التدخل العلاج الطبي النفسي ينتج عنه الانقطاع عن متابعة العلاج وتحدث الانتكاسات وتكرار التنويم المتردد داخل المستشفيات،ومع تكرار الدخولات يفقد المريض مكتسباته الاجتماعية وتتعمق وصمته بالمرض النفسي ويتم النظر له والتعامل معه بطريقة تحرمه من أبسط قراراته الشخصية ويتعذر الموازنه بين العلاج النفسي والعلاج الاجتماعي .

وأحياناً يتم شفاء أو تحسن المريض حسب مقتضيات الحالة ولعدم توفر معرفة كافية بمقدار التحسن المأمول وتوفر اتجاهات تحمل المريض النفسي تتزايد رغبة ذوي المرضى في إبقاء المريض داخل المستشفى ومع طول بقائه في المستشفى تتزايد الأعراض المرضية بأعراض النبذ الاجتماعي ، لذا تم تحديد مشكلة الدراسة في استكشاف الاتجاهات المعرفية عن المرض النفسي من حيث أسبابه وطرق علاجه وفرص الشفاء منه الميسرة للوقاية وطلب العلاج النفسي،ومعرفة الاتجاهات الإدراكية والسلوكية والشعورية نحو المريض النفسي الميسرة لتوافقه مع المجتمع .

ونظراً لأن الإتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي هي الأصل فإنه نظرياً يمكن القول أنه لابد من إرتباطها مع نوع ما من المسئولية الاجتماعية لدى ذوي العلاقة،فهناك حالات مرضية ترتفع فيها مستويات الخطورة مما يتطلب من العاملين مع المرضى الموازنة بين مصلحة المريض ومصلحة المجتمع ، كما قد

تنتكس بعض الحالات المرضية نتيجة إهمال رعايتها مما يتطلب مستوى مناسب من المسئولية الاجتماعية لدى ذوي المرض ، لذا تحددت تساؤلات الدراسة في الإجابة على مايلي :

س١ : ما الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً ؟

س ٢: هل تختلف الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى ؟

س ٣: هل تختلف الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي باختلاف المستويات التعليمية والحالة الاجتماعية والعمر ؟ .

س ٤: هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ؟

س ٥: هل توجد علاقة بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة ؟

س٦:هل يختلف مستوى المسؤولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين مع المرضى وذوي المرضى ؟

*** أهمية الدراسة :**

أصبح المرض النفسي مشكلة العصر المسمى عصر القلق ، وحجم المشكلة أصبح يشغل بال المختصين والدارسين إن لم يحز على اهتمام الدول ، فتزايد أعداد المرضى النفسيين أصبح يطرح نقاش وتساؤلات حول تفعيل طرق العلاج ، كما أن الأعباء الاقتصادية تتطلب مشاركة الأسر والمجتمع في الوقاية ومواجهة المرض النفسي، ولنا في المؤشرات الاحصائية أكبر دليل ، ففي بحث فليكس وكريمر Felix & Kramer, 1953 إشارة لحجم الأمراض النفسية في عصرنا الحديث الذي يوضح أن ٧٥٠,٠٠٠ مريضاً عقلياً يترددون على مستشفيات

الولايات المتحدة وأن ٥٠٪ من أسرة المستشفيات النفسية روادها يعانون من أعراض عقلية،وأن ٦٥٪ من أسرة المستشفيات روادها يعانون من أعراض عصابية،وأن الفصاميين يمثلون نصف المرضى العقليين، وفي إحصائية للعالمين غولد هامر ومارشال Goldhamer & Marshall, 1953 أوضحا أن عدد المرتادين للمستشفيات النفسية يزيد على عدد المتخرجين من الجامعات والكليات سنوياً ، وفي تقرير إدارة الصحة الأمريكية واشنطن D.C ١٩٨٥ م يذكر أن نفقات الخدمات السيكاترية والعلاجية للمرضى العقليين يزيد على ٧٧٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار سنوياً (ياسين :١٩٨٨م : ٩٤) .

وليست المشكلة بهذا الحجم في المملكة العربية السعودية، إلا أن هناك زيادة في نسبة المراجعين للعيادات النفسية في السنوات الأخيرة، ويوضح الطويل ١٩٩٥م (أن هذا الأمر لايعكس زيادة نسبة المرضى النفسيين بقدر ما هو توفر الوعي الاجتماعي نحو طلب العلاج فمعظم أفراد المجتمع لايجدون حرجاً من مراجعة العيادات النفسية عند الإصابة بالضغوط العصبية والنفسية) ويستدعي زيادة اعداد المرضى والإقبال المتوقع على طلب العلاج اكتشاف مستوى إيجابية أو سلبية الاتجاهات نحو المريض النفسي التي قد تشكل عقبة أمام عودة المرضى إلى بيئتهم الطبيعية مثل الخوف الأسري من المريض والصورة المدركة عنه وأيضاً المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي المسببة للضغوط النفسية عليه . ولاشك أن هذا يساعد المهتمين على تشخيص مظاهر هذه الاتجاهات والاستجابه لتقديمها في صورة تتمشى مع أبعاد التطور الاجتماعي.(عكاظ : ١٩٩٥ م : ١٩) .

وتكمن أهمية الدراسة في الإستجابة للحاجة الماسة للدراسات النفسية، فيذكر (زيعور : ١٩٨٦م :١١٩)أن الدراسات النفسية في العالم العربي كالعمل الميداني في مجال الطب العقلي والصحة النفسية والأبحاث الاستقصائية لم تزل بعد غير كافية ، ويرى (الدليم :١٩٩٣م : ٢١٩) ضرورة إثارة وتحفيز

المؤسسات التعليمية والمراكز البحثية المتخصصة للإهتمام والقيام بالأبحاث العلمية والدراسات الوبائية التي يحتاجها قطاع الصحةالنفسية بشكل كبير وعاجل أيضاً.

ويكتسب هذا البحث أهميته النظرية من تناوله للاتجاهات من منظور اجتماعي مكمل للمنظور الطبي النفسي،لا يساير الاتجاه التقليدي الطبي الذي ينسب الاضطرابات النفسية لأسباب عضوية فقط متجاهلاً التأثيرات النفسية للعلاقات الاجتماعية، كما أنه لايساير اتجاهات الجمهور الشائعة التي تعطل الاستفادة القصوى من الخدمات الطبية النفسية .

أما من الناحية التطبيقية فتعد هذه الدراسة أول مبادرة من نوعها في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية – على حد علم الباحث – حيث لم يجد الباحث أبحاث تتعرف على الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي في البيئة السعودية سوى دراسة (شقير :١٩٩٤م) بمدينة تبوك ، وحتى هذه الدراسة لم تتناول العاملين في الميدان النفسي واقتصرت على طالبات الثانوية والكليات المتوسطة ، وترجع هذه الأهمية لطبيعة الاتجاهات التي تخضع لقوانين النسبية والاختلاف بين الثقافات .

ويقدم موضوع الدراسة إضافة لرصد المعرفة بالعوامل المحيطة بالمريض النفسي، من خلال الاهتمام بمنظومة الاتجاهات القائمة نحو المريض، فهناك عوامل عديدة غير التشخيص والعلاج تساهم في تحسن المريض مثل المشاعر المحيطة بالمريض النفسي ، وقد كشف (وينج وبيرلي ١٩٧٢م Wing & Birly) (كثير من أوضاع المنازل الداخلية واستنتج أن اظهار المسائل العاطفية يعتبر عامل مهم في انتكاسة المريض ووجد كثير من المرضى يحضرون للمستشفى في الصباح للتقليل من الاحتكاك بأهاليهم)،والتعرف على مثل هذه العوامل يساعد على فهم مشكلات توافق المرضى ويشجع الطبيب والأخصائي النفسي والاجتماعي على زيادة الجهد في تطوير أفكارأكثر إيجابية عن العلاج العائلي.(A ffleck : 1978)

* أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

١- التعرف على طبيعة الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية ولدى ذوي المرضى أيضاً .

٢- معرفة الفروق في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

٣- معرفة أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية في إحداث فروقات في اتجاهات العينة الكلية نحو المرض والمريض النفسي،وهذه المتغيرات هي (المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية ، العمر) .

٤- معرفة علاقة الاتجاهات نحو المرض النفسي بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .

٥- معرفة علاقة الاتجاهات نحو المريض النفسي بالمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .

٦- معرفة الفروق في مستوى المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

* تعريف متغيرات الدراسة إجرائياً :

١- الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي :

وهو محصلة الدرجة الكلية لتطبيق مقياس الاتجاهات الذي أعده الباحث ، ويشمل جزئين :

أ- الاتجاه نحو المرض النفسي :

هو محصلة مجموع درجات أبعاد أسباب المرض النفسي وطرق علاجه والشفاء منه على مقياس الاتجاهات الذي طوره الباحث .

ب - الاتجاه نحو المريض النفسي :

وهو محصلة مجموع درجات أبعاد صورة المريض النفسي والمشاعرو السلوكيات نحو المريض النفسي على مقياس الاتجاهات الذي طوره الباحث .

٢- الميل للمسؤولية الشخصية الاجتماعية :

وهو محصلة الدرجة الكلية لتطبيق مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية الذي أعده الحارثي ١٩٩٥م .

٣- المتغيرات الديموجرافية : وهي ثلاثة أنواع :

أ- المستوى التعليمي : ويقصد به الدرجة العلمية الحاصل عليها المفحوص عند تطبيق أدوات الدراسة .

ب - الحالة الاجتماعية : ويقصد بها حالة المفحوص الإجتماعية (أعزب - متزوج أو سبق له الزواج) عند تطبيق أدوات الدراسة .

ج - العمر : ويقصد به السن الذي بلغه المفحوص عند تطبيق أدوات الدراسة .

* حدود الدراسة :

تحددت الدراسة الحالية بموضوعها وهو :(الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) واقتصرت على تطبيق مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي من إعداد

الباحث وكذلك مقياس المسؤولية الشخصية الاجتماعية من إعداد الحارثي (١٩٩٥م)، وشملت عينة الدراسة (٢٠٥) حالة من الذكور الراشدين منها (٨٠) حالة من ذوي المرضى النفسيين الوظيفيين و(١٢٥) حالة من العاملين في المستشفيات النفسية ، واتبعت الدراسة في إختبار الفروض على المنهج الوصفي مع إستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة لأختبار الفروض ، وكان موعد التطبيق في بداية العام الدراسي ١٤١٧هـ ، ومكان التطبيق في مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة .

الفصـــــل الثاني



الإطار النظري للدراسة

❖ مفاهيم الدارسة :

أولاً : الاتجاهات النفسية .

ثانياً : المريض النفسي .

ثالثاً : التعريف بالإضطرابات الذهانية الوظيفية .

رابعاً : المسئولية الشخصية الاجتماعية .

خامساً : منهج الوقاية في الطب النفسي .

❖ تراث الدراسات السابقة :

أولاً : الدراسات العربية .

ثانياً : الدراسات الأجنبية .

ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة .

❖ فروض الدراسة .

* مفاهيم الدراسة :

أولاً : الاتجاهات النفسية :

كثيراً ما نجد لدى الأشخاص استجابات لفظية أو انفعالية أو نزوعية ثابته قاطعة نحو الموضوعات والمواقف المختلفة ، وكثيراً ما يسهل تناقلها بين الأشخاص وتكون شائعة بينهم ولها تأثير نافع أو ضار على مجريات الحياة العامة ، وقد تزايد الاهتمام حديثاً بدراستها وقياسها وأطلق عليها الاتجاهات Attitudes لكونها (محدداً وضابطاً للسلوك الإنساني لحد كبير) (أمير خان : ١٩٨٨م :١٠٦) .

ويرجع البورت (Allport :1935) شيوع هذا المفهوم إلى أسباب تتعلق بتاريخ علم النفس، فهو لاينتمي للمدارس السيكولوجية المتنازعة (غرائز، سلوكية، جشطلت ...) فأخذه من يقف خارج هذا النزاع وجنبهم مشكلة علية السلوك التي اشتدت بين أنصار البيئة والوراثة في القرن التاسع عشر ، كما يسر هذا المفهوم الالتقاء بين علماء النفس وعلماء الاجتماع لمرونة استخدامه على مستوى الفرد والجماعة ، ويضيف (سويف : ١٩٨٣م) (سبباً آخر لشيوعة هو حماس علماء النفس الأمريكي لاستخدام المقاييس العلمية في دراساتهم بعد نجاح سيمون وبينيه ١٩٥٠ م في قياس الذكاء بفرنسا ونجاح هايمنز وفيزما ١٩٠٦ م في قياس الشخصية) (ص : ٣٣٥) ويرى الباحث أن السبب الحقيقي يقف خارج العلم حيث دعت الحاجة لمعرفة ما هو قائم وحلحلة ماهو جامد فنشطت دراسات الاتجاهات في بدايتها مع موضوعات التعصب العنصري .

وهناك عدداً من الآراء لتعريف الاتجاهات منها أنه مكون معرفي فقط، تشكله مجموعة معتقدات وكل عنصر اعتقادي يوظف الوجدان والنزعة السلوكية لصالحة، على ضوئه يتكون إطار مرجعي للسلوك يصدر عنه أحكام

واستجابات تفضيلية ، ويؤيد هذا التصور روكش ١٩٧٦م فالاتجاه لديه (تنظيم من المعتقدات له طابع الثبات النسبي حول موضوع أو موقف معين يؤدي بصاحبه للإستجابة بشكل تفضيلي).(خليفة : ١٩٨٤م : ١٦) .

والرأي الثاني يعتبر الاتجاه مكوناً وجدانياً فقط ، ورغم امكانية تضمنه مكونات معرفية أو سلوكية إلا أنها ليست بالضرورة مرتبطة به ، كما أنه لايمكن عزل سوى البعُد الوجداني ، ويؤيد هذا التصور ثيرستون ١٩٣١م فالاتجاه لديه (درجة الشعور الإيجابي أو السلبي المرتبط ببعض الموضوعات السيكلوجية) ويؤيد هذا التصور أيضاً فشبين وأجزين ١٩٧٥م فالاتجاه لديهما (تهيؤ متعلم للإستجابة بانتظام بشكل محبب أو غير محبب بخصوص موضوع معين). (عيسوى:١٩٧٤م:١٩٤) (الحارثي:١٩٩٢م:٥١) .

وهناك رأي يعتبر الاتجاه متغير افتراضي خفي وأهم ما يميزه نية السلوك أو الميل السلوكي، وترجع فائدته لقدرته على التنبؤ بالسلوك ، وعمله كمنظم اتصال بالبيئة الاجتماعية، ويؤيد هذا التصور سميث ١٩٥٦م فالاتجاه لديه (إستعداد للاستجابه نحو موضوع ما أو عدد من الموضوعات بشكل يمكننا من التنبؤ بسلوك فرد) ويؤيد هذا التصور أيضاً بروشانسكي وسيدنبرج فالاتجاه لديهما (ميل معقد للإستجابه الثابتة بالموافقة أو المعارضة للموضوعات الاجتماعية التي في البيئة).(خليفة:١٩٨٤م:٢١)(أبو النيل:١٩٨٥م:٤٤٩) .

ورأي يعتبر الاتجاه نسق كلي من الصلات بين مكونات معرفية عبارة عن إدراكات ومعتقدات عن موضوع الاتجاهات ومكونات وجدانية عبارة عن مشاعر تفضيلية نحو موضوع الاتجاه ومكونات سلوكية عبارة عن نية ونزعة الفعل يمله محتوى الاتجاه، ويؤيد هذا التصور كريتش وكريتشفيلد ١٩٨٤م فالاتجاه لديهما (عدد من العمليات الدافعية والإنفعالية والإدراكية والمعرفية التي انتظمت في

صورة دائمة وأصبحت تحدد استجابات الفرد لبعض جوانب عالمه) ويؤيد ذلك أيضاً باكمان فالاتجاه لديه (تنظيمات محددة في الفرد تشمل مشاعره وأفكاره ونزعاته التي تجعله يتصرف تجاه بعض مظاهر بيئته)(سلامة: ١٩٧٢م: ١١٦) (الكندري:١٩٩٢م: ٢٩٤) .

وهناك رأي يعتبر الاتجاه خبرات متعلمة تنظم الاتصال بالعالم البيئي والسيكلوجي وهذه الخبرات ليس لها قيمة إذ لم يصاحبها تأهب عصبي، ويؤيد هذا التصور البورت (Allport : 1935) فالاتجاه لديه (حالة استعداد عقلي وعصبي منظمة حول الخبرة وتباشر تأثيراً ديناميكياً موجهاً لاستجابه الفرد نحو جميع الموضوعات والمواقف المرتبطة بهذه الاستجابة) .

ويحظى هذا التعريف الشامل بقبول المختصين رغم عدم إجرائيته، ويفضل الباحث إستخدام تعريف أكثر إجرائية وضعه (الحارثي :١٩٩٢م) فالاتجاه لديه (إستعداد أو تهيؤ عقلي وعصبي خفي متعلم منظم حول الخبرة للإستجابه بانتظام بطريقة محببة أو غير محببة فيما يتعلق بموضوع الاتجاه) (ص:٥٣) ويوافق انسكو (Insko :1972) على وجود خيط مشترك يجمع شتات هذه التعريفات باعتبار الاتجاه (إستعداد لتقييم الموضوعات بالتفضيل أو عدم التفضيل) (ص :٣) .

والاتجاهات مكتسبة ويمكن النظر إليها على ضوء مبادئ التعلم وإنتقال أثر التدريب عبر مراحل ثلاثة (أولها: الاتصال بالبيئة ووسائط التنشئة ، وثانيها: اكتساب الميل ونموه نحو أشياء مفضلة ، وثالثها : ثبوت واستقرار الميل) فمن الطفولة تبدأ عوامل كالتقليد Imitation والإيحاء Suggestability بإكساب الطفل اتجاه أولي يعمم على الخبرات المتتالية ، ومن تجمع الخبرات المتشابهة ينمو الاتجاه ويتكامل ، ومن تنوع الخبرات تتمايز اتجاهات محددة تختلف عن غيرها ، وتعمل الانفعالات الحادة على تثبيت أو تعديل الاتجاه، لتستقر لدى الفرد اتجاهات مرجعية متنوعة لأحكامه واستجاباته.(حمزة : ١٩٨٢م : ٢٤٦) .

وتتميز الاتجاهات بالإستقرار والثبات النسبي لإرتباطها بالشخصية والسلوك الظاهري ، فعندما تتجمع شبكات الاتجاهات لدى الفرد تترابط وتستقر كجزء من بناء الشخصية، ومن خلال التفاعل الاجتماعي ينزع الشخص لسلوك رد الفعل على أساس إستخلاص اتجاهات الآخرين ويعمل على تثبيت اتجاهاته أو تعديلها ، وشرح ذلك لامبرت (Lambert : 1973) في تتبعه لنتائج التجارب على الأطفال الذي يتميزون بالميكافيلية وتعني القادرين على تحديد اتجاهاتهم وأهدافهم ، ولديهم حساسية لمعرفة اتجاهات الآخرين ، وحين تتوفر مواقف اجتماعية حرة لايوجد فيها قواعد واضحه يكون سلوكهم عبارة عن مهارات للمساومة والتلاعب بالآخرين (ص :١٢٧) .

والاتجاهات قابلة للتغير والتعديل إذا توافرت تكنيكات فعالة ومؤثرة، ويتطلب تغيير الاتجاهات زيادة المؤثرات المؤيدة للاتجاهات الجديدة أو خفض المؤثرات المضادة أو الأمرين معاً،أما إذا تساوت المؤثرات المؤيدة للتغيير مع المؤثرات المضادة فإنه يحدث ثبوت وتوازن الاتجاه وعدم تغيره. (زهران:١٩٧٧م:١٦٢).

وترجع أهمية الاتجاهات للوظائف التي تؤديها في بناء الشخصية والسلوك الظاهر، وحددها سميث ١٩٤٧ م في خمسة وظائف هي :

١- وظيفة التنظيم والاتصال : فيعمل الاتجاه كمنسق للعمليات النفسية الأساسية (ادراك ، شعور ، دافعية ...) في مجال عالم الفرد السيكولوجي من جهة ، ومن جهة أخرى حين تتحد هذه العمليات يتكون الاتجاه ويعمل وسيط اتصال بالبيئة الخارجية مؤثراً ومتأثراً بها .

٢- وظيفة المسايرة : فالاتجاه يساعد الفرد على ضبط سلوكه العلني مع اتجاهاته الجماعة المعلنة ليعبر عن انصياعة ومسايرته لقيم ومعتقدات ومعايير الجماعة .

٣- وظيفة تقيمية : فالاتجاه يقيم الموضوعات المختلفة ويضفي عليها صفة التفضيل أو عدم التفضيل ، وبذلك تنتظم إهتمامات الفرد بموضوعات البيئة ولايحتاج الفرد لإتخاذ قرار مستقل في كل موقف بيئي يمر به ، وتتوقف شدة الاتجاه على هذه القيمة التفضيلية .

٤- وظيفة الإشباع : فمن تمسك الشخص بالاتجاهات المشبعة وتخليه عن الاتجاهات المحبطة لحاجاته يطور الشخص أساليبه الملائمة لتحقيق منافعه وتكيفه الاجتماعي .

٥- وظيفة الإتساق:حيث يحفظ الفرد توازن شخصيته بتنظيم اتجاهاته مع سلوكه الفعلي، وقد كشف فستنجر ١٩٥٣م Festingr في تجاربه عن التنافر المعرفي كيف يلجأ الفرد عند تضارب مدركاته مع سلوكه لإختزال الصراع بتغيير الاتجاهات دون سلوكه الفعلي ليحفظ قدر من الاتساق لشخصيته (الشيخ : ١٩٧٨ م : ١٠٢) (عامر : ١٩٨٨م : ١١٢) .

ويمكن تصنيف الاتجاهات في عدة أنواع فهناك اتجاهات فردية تخص شخص واحد أو جماعية يحملها مجموعة أفراد، وهناك اتجاهات خاصة بموضوع معين أو اتجاهات عامة تمتد إلى عدة موضوعات مرتبطة ، وهناك اتجاهات قوية تبقى طول العمر أو ضعيفة معرضة للتخلى عنها ، وهناك اتجاهات سرية يفضل كتمانها أو علنية يفضل إعلانها صراحة ، وهناك اتجاهات سلبية أو إيجابية تنحو

بالفرد قريباً أو بعيداً عن موضوع الاتجاه ، وهناك اتجاهات غامضة أو محددة بوضوح في ذهن ووجدان وسلوك صاحبها (حمزة : ١٩٨٢م : ٢٤٨) .

ونظراً لكون الاتجاه متغير فرضي خفي شأن العديد من المتغيرات النفسية لذا طور علماء النفس الاجتماعي طرق عديدة لإستنتاجه يمكن تلخيصها في ثلاثة أنواع:

١- الاتجاهات السلوكية العملية : ويكشف عنها أثناء الاتصال بمواقف طبيعية أو إختيارية،وتلاحظ في الأداء السلوكي وردود الفعل الفسيولوجية .

٢- الاتجاهات اللفظية التلقائية : ويكشف عنها أثناء الحديث التلقائي عن موضوع الاتجاه .

٣- الاتجاهات اللفظية المنتزعة : ويكشف عنها بمقاييس الاتجاهات والاستفتاءات الموضوعية مثل :

- طريقة بوجاردوس ١٩٢٥م لقياس المسافة الاجتماعية .
- طريقة ثيرستون ١٩٢٩ م بأنواعها (المقارنة الزوجية ، الفقرات المتساوية البعد، الثنائيات المتدرجة) .
- طريقة ليكرت ١٩٣٢ م لقياس التقديرات المجملة أو المجمعة .
- طريقة جوتمان ١٩٤٧ م لقياس التحليل التراكمي المتدرج .
- طريقة لاسجود ١٩٥٢ م لتمايز معاني المفاهيم(خير الله: ١٩٨١م: ٤٠) (الحارثي :١٩٩٢م : ٦٩) .

وكثيراً ما تخرج مقاييس الاتجاهات بنتائج متعارضة ، ويرجع ذلك للخلط بين الاتجاهات نحو الموضوع والاتجاهات نحو الموقف ،(ويبين روكتش ١٩٨٠ م Rokeach أن معظم اهتمام الباحثين تركز على الاهتمام بالموضوع دون الموقف

مما أدى إلى تأخر نمو ،نظرية الاتجاه ، فالموضوع Object يمكن أن يكون عيانياً أو مجرداً أما الموقف Situation فهو حدث دينمي نشط)،وفي هذه الدراسة جمع الباحث بين الاتجاهات نحو الموضوع والموقف ، فالاتجاه نحو موضوع المرض يرتبط بالمنظومة المعرفية المجردة لدى الفرد،أما الاتجاه نحو المريض فيرتبط بمواقف الإتصال بالمريض على مستوى إدارك صورته أو المشاعر والسلوكيات المحمولة نحوه ، وكثيراً ما يجري التفريق بين مقاييس المنظومات المعرفية كمقاييس معتقدات ومقاييس الاتصال بالمواقف كمقاييس اتجاهات إلا أن جميعها تحمل خصائص الاتجاه المميزة كموجه وضابط للسلوك الإنساني وتحمل قيمة مفضلة محببة أو غير محببة (خليفة :١٩٨٤م : ١٦،٢٩) .

ثانياً : المريض النفسي :

ليس من اليسير تحديد من هو الشخص المصاب باعتلال نفسي، وقد قدم كولز ١٩٨٢م Coles تحليلاً منظماً لأوجة عدم الاتفاق على محكات تحديد المصاب باعتلال نفسي ، نعرضها بتصرف فيما يلي :

١- الأعراض الموضوعية (المفهوم البيولوجي) :

ويعتبر حالة الاعتلال النفسي مجموعة أعراض مصاحبة لإعتلال بدني كأي مرض آخر يعالج بواسطة الأطباء ، مركزاً على التصور البيولوجي لتحديد أسباب المرض،والباثولوجيا لتحديد أعراض وعلامات المرض ومآل المريض ومن ثم علاجه، وهذا المفهوم وضع قديماً في نهاية القرن الثامن عشر مع الثورة الأولى للصحة النفسية من خلال الملاحظات السريرية لحالات تتصف بالشدة والخطورة داخل المصحات ، ويوجه النقد لهذا المفهوم لأنه يبالغ في قياس الإعتلال النفسي على المرض الجسدي دون اعتبار لصور التكيف النفسي الخاطئة الناتجة عن أزمات

بيئية أو آثار للعلاقات الاجتماعية والحضارية فيوصف الشخص بأنه ملوث بفيروس أو مادة غريبة، ومن أوضح الأمثلة المعارضة لهذا المفهوم الفصام الاستجابي الذي يحدث عقب أزمات بيئية حادة، ولاتزال جمعيات الصحة العقلية تقبل على استخدام الأعراض الموضوعية لتحديد الاعتلال النفسي مع تأكيد على الوظيفة الاجتماعية بدلاً من الوظيفة البيولوجية(كولز:١٩٩٢م:٣٤) (سوين:١٩٨٨م : ٧٤) .

٢-الندرة (المفهوم الاحصائي) :

ويعتبر الإعتلال النفسي ندرة واستثناء للسلوك الأكثر تكراراً لدى أفراد المجتمع، ويركز هذا المفهوم على التوزيع الرياضي الكمي لسلوك مجموعة كبيرة من الناس على منحنى افتراضي ممتد الطرفين يسمى المنحنى الجرسي وبموجبه يتحدد الاعتلال النفسي في الندرة على أطراف المنحنى ، ويستخدم هذا المفهوم لتشخيص الحالات الانفعالية المتطرفة (هوس ، اكتئاب)،ويوجه النقد لهذا المفهوم لاعتمادة على ملاحظة السلوك الظاهر دون تعمق في السببية المرضية ، إضافة لعدم تحمله الطبيعة المتصلة بين الصحة النفسية والمرض النفسي لتقديمه فئات منفصلة للاعتلال وعدم الاعتلال، ولعل أهم عيوب هذا المفهوم إعتباره الندرة محكاً للاعتلال النفسي وفي حالة شيوع الاعتلال المرضي يصبح السلوك السوي شاذاً ، وقد قدم التاريخ أمثلة لحالات مثالية صالحة كان سلوكها صحياً سوياً مقابل انتشار الإعتلال المرضى،مما يطرح إعادة النظر في موقع الإعتلال النفسي هل هو في الفرد أم في البيئة التي يتفاعل فيها الفرد .

٣- سوء التوافق الاجتماعي (المفهوم الثقافي) :

ويعتبر الإعتلال النفسي سلوك إجتماعي سئ التوافق مع المبادئ والقيم الثقافية،ويركز هذا المفهوم على المعنى الذي يضعه المجتمع للإعتلال والسقم والسلوك غير المعقول ، وقد قدم بيندكت (Benedict 1934) أمثلة لاختلالات مرضية في المجتمع الأمريكي تُحظى باحترام في الثقافات الأخرى مثل إظهار البارانويا الهذائية لدى شعب الدابو Debu في شمال غرب ميلانيزيا ، ويوجه النقد لهذا المفهوم لأنه غير ثابت ويقبل التغيير بين المجتمعات والعصور الزمنية ، كماأنه لاينفي الاعتلال بقدر ما يشير إلى إمكانية تعايشه مع ثقافة المجتمع ، .. و يعجز هذا المفهوم على وضع حدود التفريق بين (الخبل - الإجرام) ، وحاول المحك الطبي تعديل المعيار الثقافي لصالح جماعات نوعية على أساس العمر والجنس .

٤- فشل التكيف الإيجابي (مفهوم الإعاقة) :

ويعتبر الاعتلال النفسي إخفاق في الكفاح الإيجابي عن أداء الوظائف والادوار الاجتماعية ، ويركز هذا المفهوم على شدة الأعراض ومظهر الصحة النفسية الموجب وهو القدرة على التوافق الاجتماعي،فليس كل من أصيب بعلة عضوية عاجز عن أداء وظائفه الاجتماعية في حين أن هناك من لايشتكي من علة العضوية ويظل يطلب الشفاء متنقلاً بين الأطباء ليتمكن من أداء وظائفه الاجتماعية ، ويتميز هذا المفهوم بقدرته على الدفاع عن المرض على مستوى الأعراض البيلوجية لصالح القدرة على تجنب الإعاقة عن أداء الأدوار الاجتماعية والتي يمكن تعديلها عن طريق تعديل اتجاهات البيئة الثقافية، وقد وافق ويجروكي Wegrocki 1939 على أن السلوك الظاهر مظهراً ثانوياً لعدم السواء الأصلي وإمكانية تعديله عن طريق تعديل الاتجاهات الثقافية .

٥- التعاسة الذاتية (المفهوم النفسي الفردي) :

ويعتبر الاعتلال النفسي ضيق وعدم راحة ذاتيه ناتج عن اضطراب بناء الشخصية الكلي، ويركز هذا المفهوم على قدرة الفرد على تقييم تعاسته الذاتية وقبوله بشعور الضيق أو توهم المرض أو الاستجابة الهذائية أسلوباً دفاعي لتحقيق توازنه الشخصي، ويوجه النقد لهذا المفهوم من مؤيدي المفهوم الثقافي فلايمكن الإستناد للتعاسة الذاتية كمحك للاعتلال النفسي،فمريض الهوس أو الفصام أو الهستيريا قد ينكر آلامه الداخلية رغم اضطراب سلوكه أو تفكيره أو شخصيته .

٦- المفاهيم الإدارية والبحثية :

وهذه المفاهيم تعتمد على محكات إجرائية لتحديد الاعتلال النفسي ، وكما أوضح سكوت ١٩٥٨م هدفها التسهيل وليس التفسير والتعليل ويمكن حصرها فيما يلي :

- التعرض لعلاج نفسي أو عقلي : وهذا المفهوم يسلم مسبقاً على أن حالة الاعتلال النفسي هي التي تقع تحت طائلة الرعاية النفسية أي رعاية نفسية طبية أو تقليدية ، ولايضع هذا المفهوم شروط مسبقة لمعنى الاعتلال ولديه قصور في البرهنة والتدرج بين الصحة والمرض النفسي .

- التشخيص النفسي العقلي : وهذا المفهوم يقبل الاعتلال النفسي على اساس تجانس الأعراض مع أحد التشخيصات المعروفة ، مهملاً إفتقار التشخيصات للدقة،نتيجة تداخل وتشابه الأعراض والتي تظهر في

تطبيقات الأطباء عند تناقض تشخيصاتهم،فضلاً عن إنطلاق التشخيصات من أحد المفاهيم السابقة (كولز :١٩٩٢ م : ٣٤) .

ويرى (نور : ١٩٨٣م) (أن هناك شبة إجماع على تحديد المضطرب نفسياً من خلال شدة وحدة الأعراض) ويوافق الباحث على أن هذا التحديد يوفر عدد من المميزات هي :

١- امكانية تحمل المريض النفسي اجتماعياً : فمتى تم استخدام العلاجات الطبية وخفض الأعراض أمكن اعتبار الشخص قابل للتكيف الاجتماعي .

٢- الصلة والتدرج بين الصحة والمرض : وبموجبه يتحدد الاعتلال من خلال وضع الشخص على متصل متعدد الحلقات يقع في طرفه قمة التمتع بالصحة النفسيةوفي طرفه الآخر قمة الاعتلال النفسي .

٣- توفير الأساس العلمي لتصنيف الأعراض : فالتوجة العلمي القائم يرى أن الأضطرابات النفسية حصيلة تفاعل متبادل بين الإمكانات البيلوجية والنفسية والاجتماعية وأن المريض حين يتعرض لأزمات التكيف الخاطئة يستبدل العادات الطبيعية بأعراض انعزالية ، وتتفاوت هذه الأعراض الانعزالية من أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة ، لذا نجد التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية والعقلية لمنظمة الصحة العالمية ١٩٩١م يوزع الاضطرابات النفسية من خلال شدة الأعراض ولم يعد هناك إقبال لتقسيم الإضطرابات إلى عصاب وذهان .

وحيث أن اهتمام الدراسة يتركز على اتجاهات أهالى المرضى ذوي الاضطرابات النفسية غير العضوية لذا وجب التعريف بهذا الاضطرابات موضوع الدراسة .

ثالثاً:التعريف بالاضطرابات الذهانية الوظيفية Functional Psychosis:

وهي إضطرابات ذات منشأ نفسي ولايعرف لها سبب عضوي واضح تتعرض فيه الوظائف العقلية والوجدانية والسلوكية للتدهور، وتشابة أعراضها مجموعة الاضطرابات العصابية والفرق بينهما في الشدة،فالأعراض العصابية أقل حدة ولايعاني صاحبها من إختلال صلته وتمييزه للواقع وأما الأعراض الذهانية فتكون شديدة لدرجة لايستطيع بسببها الذهاني تمييز الحقيقة من الخيال،ويعيش عالماً سيكولوجياً خاصاً يختلف عن الواقع ويتصرف على اساسه مما يجعله خطراً على نفسه وعلى الآخرين إن لم يعالج ، وفيما يلي تعريف بهذه الاضطرابات :

١- الفصام Schizophrenia:

وهو من أكثر الاضطرابات العقلية انتشاراً ، أقترح كريبلين (Kraeplin : 1893) تسميته بالعته المبكر لأنه يظهر في فترة الشباب ولمقابلته مع عته الشيخوخة، واعترض بلوير ١٩١١م على هذه التسمية لأن الفصام يصيب الكبار والصغار على حد سواء وأطلق عليه الشيزوفرنيا للإشارة إلى حالة التصدع والتفكك الذي يصيب وحدة الشخصية (ولخص جيمس دريفر أعراضه في ضعف الارتباطات بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية وتفكك وعدم تناسق الحياة الانفعالية ، وحدد سنفورد F.Sanford أعراضه في الابتعاد عن عالم الحقيقة ووجود هلاوس حسية وأفكار زائفة وهذيان وانسحاب عن الواقع واضطراب حاد في الحياة الانفعالية لدى المريض) (عيسوي : ١٩٩٢م : ٩٤).

ويميز الاطباء أربعة أنواع رئيسية له هي :

أ- الفصام البسيط : هو أصعب الأنواع تمييزاً لعدم وجود أعراض الفصام الهامة مثل الهلاوس الحسية والأفكار الضلالية ، على أن أهم أعراضه هو التسطح والتبلد الانفعالي وعجز الإرادة عن توجية السلوك الذاتي للمريض .

ب - النمط الفصامي المختل : ويتميز بعدم تماسك اللغة واضطراب التداعي وانتشار كثير من التعبيرات الانفعالية غير الملائمة، فضلاً عن الشكاوى الجسمية الدائمة والأنزواء عن التفاعل الاجتماعي .

ج - الفصام التخشبي : وهو من أقل الفصامات شيوعاً ، ويتميز باضطراب شديد في الوظائف الحركية،كالتخشب عند السير أو التشكيل الشمعي للجسم أو تصلب حركة الجسم أو سيطرة اللوزام الحركية كالسير بطريقة دائرية دون كلل أو ملل .

د - النمط الهاجسي : ويتميز بسيطرة هواجس العظمة أو الاضطهاد وتكون الهلاوس عادة لها نفس المحتوى، ويصاحب هذه الأعراض أعراض ثانوية مثل الشك الشديد والميل للجدل والقلق والغضب المفاجئ والجنوح للعنف أحياناً (إبراهيم :١٩٨٦م :٥٢).

وهناك أشكال أخرى من الفصام مثل الفصام الوجداني الذي يترافق مع اضطرابات وجدانية من المرح والاكتئاب ، وهناك الفصام الكامن الذي يختفي تحت نمط سطحي من السلوك العصابي ، وهناك الفصام غير المتمايز الذي يتضمن أكثر من عرض أكلينيكي للفصام ولايمكن إدراجة ضمن الأنواع السابقة ، ويفرق الأطباء بين الفصام الهاجسي والاضطرابات الضلالية كالبارانويا والبارافرنيا،فنجد الشخصية في البارانويا متماسكة ولا تتدهورمع وجود ضلالات

ثابتة ومنسقة حول العظمة أو الغيرة والاضطهاد ولايرافقها هلاوس ، أما البارافرنيا فنجد الشخصية متماسكة ولاتتدهور مع وجود الضلالات والهلاوس وتأتي عادة في سن متقدمة خاصة لدى النساءالكبار في السن (ياسين:١٩٨٨م: ٢٩٥) (عكاشة ١٩٩٢م : ٢٩٨) .

ويمكن إيجاز الأعراض الأكلينيكية للفصام التي تظهر على الشخصية في :

أ- وجود هواجس لاأساس لها من الصحة : كاعتقاد المريض أن سلوكه محكوم بقوى خارجه عنه وأن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء فتنقل للآخرين بطريقة مجهولة، أو اعتقاده بوجود قوى دخيلة عليه تسيطر على أفكاره ومشاعره واندفاعاته.

ب- اضطراب شكل التفكير : مثل عدم ترابط الأفكار وتفككها وتداعي التفاصيل الثانوية مما يجعل كلام الفصامي مستعصي على الفهم المنطقي ، أو الميل للعيانية الشديدة أو التهويمات التجريدية مما يجعل أفكار الفصامي غامضة .

جـ- اضطراب عمليات التفكير : ويأخذ مجرى عمليات التفكير البطئ في الاستنتاجات والاستجابة للمنبهات الخارجية، أو العجز عن الاستمرار في التفكير نتيجة ضغط الأفكار وتشتت التفكير عن الموضوع الرئيسي مما يجعل الأفكار فقيرة ويفقد المريض قدرته على التعبير .

د- اضطراب الوجدان: ويأخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصاميين شكلين أما التسطح الانفعالي وعدم الاكتراث بما حوله وتصبح العاطفة جامدة ، أو عدم الملائمة الانفعالية مع الأحداث الخارجية ، فتظهر الانفعالات قوية أو متفاعلة مع الأفكار والهواجس الداخلية .

هـ- الاضطرابات الحركية : وتنتشر في بعض فئات الفصام كالفصام التخشبي، فتظهر حركات سلوكية ليس لها سبب عضوي مثل أرجحة الجسم أو السير بطريقة متصلبة أو الحركة بطريقة منتظمة جيئة وذهاباً أو القيام بحركات شاذة وغريبة .

و- العجز عن اتخاذ قرارات لتنفيذ النشاطات والمشروعات التي يقترحها الفصامي، بسبب عجز الإرادة عن ضبط السلوك لدرجة قد يفقد فيها المريض اهتمامه بنفسه وبنظافته الشخصية وبأسرته وبنشاطاته الاجتماعية.

ز- وجود هلاوس واحساسات داخلية ليس لها أساس واقعي ، فيسمع أصوات تحادثه وتصدر له أوامر وتعلق عليه لايسمعها أحد غيره ، وقد تكون هذه الهلاوس سمعية أو شمية أو تذوقية أو لمسية ونادراً ما تكون بصرية في الفصام (إبراهيم: ١٩٨٦م: ٥١).

وحول أسباب حدوث الفصام كثير من الحوار ، فكولمان ١٩٥٠م يعتبر الفصام استعداد وراثي فقد وجد في دراسته للتوائم الفصامية المتماثلة ان أحتمالية حدوثه ترتفع إلى ٩١٪ إذا تمت النشأة في الظروف الطبيعية وتنخفض إلى ٧٧٪ إذا تمت في ظروف حياتية مختلفة ، وهناك تفسير قديم يرجع الفصام لعيب في تراكيب المخ وتغذيته بالأوكسجين وسريان الدم فيه،ومن خلال تشريح أدمغة المرضى المتوفين وجمع الأدلة التشخصية لرسومات مناطق الدماغ وشرايينه من المرضى المصابين بالفصام أتضح وجود فروق في مناطق أدمغة المرضى ولكن إتضح لاحقاً أن هذه الفروق ليست سبباً للمرض بل نتيجة له، وفي السنوات الأخيرة توجه الاهتمام لمنطقة صغيرة في الدماغ تسمى نواه أكيومبانزي Nucl-Accumbuns على اعتبار أنها مصدر للعديد من الاضطرابات العصابية وقد تكون سبباً للفصام، ومن التفسيرات الأكثر رواجاً لدى الأطباء إرجاع الفصام لخلل الناقلات العصبية الكيميائية مثل(الدوبامين،السيرتونين،نورادرينلين)،

وهناك تفسيراً آخر يرجع المرض إلى خطأ في مصل..دم الفصامي يؤدي إلى نقص القدرة على إستقلاب وأكسدة الكلوكوز في الدماغ اللازم لتوفير الطاقة الضرورية لمواجهة مواقف الشدة والإرهاق (كمال :١٩٨٧ م: ١٣٦،١٥٧).

ومن خلال ملاحظة صعوبة الاتصال مع المرضى وعجزهم عن تجريد المفاهيم الاجتماعية ظهرت تفسيرات نفسية ترجع الفصام لخلل الاتصال في محيط الأسرة،فيرى Battison أن الطفل ينمو بعالم مشوش المعاني نتيجة تعرضه للتناقض المزدوج بين تعليمات الأقوال وتعليمات الأفعال التي يتلقاها من جهة ومن تناقض الوالدين من جهة أخرى فيفقد القدرة على إقامة علاقات ثابتة متوازنة مع الغير ويعجز عن التفريق بين القول والعمل ويحيطه الشك بكل ما يحيط به، أما ليدز (Lidz:1963) فيرجع الفصام إلى إعوجاج الجو العائلي الذي يمد شخصية المريض منذ الطفولة بأنماط التفاعل المرضى فقد لاحظ نقصاً في التفاهم بين والدي المريض الفصامي، ولاحظ فشل الأب في تأكيد رجولته داخل العائلة ، وتوصل وتكر (Whitaker :1958) لنفس النتيجة حيث وجد خللاً في نطاق أسرة الفصامي فالأم تأخذ دور الرجل في التعامل العائلي والأب يتخذ دور البديل للأم وتكون العلاقة بين الزوجين مطلقين يتقاسمان الأولاد ، أما سنجر (Singer : 1965) فاعتبر الطفل المهيء للفصام سئ الحظ لسببين أولهما أنه ورث الاستعداد المرضى وثانيهما أنه ينشأ في أسرة مضطربة تمده بأنماط السلوك والتفكير المضطرب ، أما لانج وساز (Laing&Szaz :1972) فاعتبر الفصام استجابه ذهانية طبيعية يجسدها الشخص للتعايش مع المواقف غير المحتملة وهو حالة اغتراب أو ارتداد يطورها الإنسان للتعايش مع هذه المواقف التي صنعها الإنسان لأخيه الإنسان دافعاً به إلى موقع الجنون،لذا فهما يفضلان النظر للفصام في إطار إجتماعي بدلاً من الإطار الطبي (كمال:١٩٨٧م: ١٤٣) (عكاشة : ١٩٩٢م : ٢٥٤) .

٢- الذهان الوجداني Affect Psychosis :

وهو من أكثر الاضطرابات الوجدانية انتشاراً، والخلل الأساسي في هذه الاضطرابات هو تغير الوجدان والمزاج الذي يترواح بين الحزن الشديد والابتهاج المفرط ويرافقه عادة تغيرات مماثلة في النشاط الكلي ، ويمكن تمييز ثلاثة أنواع رئيسية له هي :

أ- الاضطرابات الوجدانية الكبرى : وتشمل نوعين من الذهان الوجداني الوحيد القطب وهما :

- نوبات الهوس : ويميز الأطباء الهوس الخفيف كأحد الأشكال التي تتميز بنشاط واضح ومعتدل مع شعور بالنشوة والسعادة والطاقة الزائدة ، وهناك الهوس الشديد في أعراضه الذي يتزايد فيه النشاط الحركي المحموم دون هدف واضح قد يؤدي للإعياء ويتزايد فيه النشاط الاجتماعي لدرجة الإغراق في الحديث مع الغرباء بكلام تافه أو صرف النقود في مشاريع خاسرة ويظهر نشاط جنسي مبالغ فيميل المريض للإستعراض والتبرج والعري واستخدام التلميحات الجنسية الفاضحة ويرتفع فيه الصوت ويتسارع لدرجة قد تلتهب فيها الحبال الصوتية وتغزر الأفكار وتتداخل وتتاطير بين أكثر من فكرة،ويتميز المريض بسرعة الاستثارة والتهور وتشتت الانتباه وتسترعي انتباهه التفاصيل الثانوية وتحوي أفكار المريض العظمة والغرور والنشوة،ويتجاوب المريض بسرعة مع النكات والألفاظ الغنائية ويصعب مقاطعته كما تقل حاجته للنوم .
- نوبات الاكتئاب الحاد : وهي نوبات حزن وتعاسة شديدة وتميل للاستمرارية وكثيراً ما يفضل المريض الإنتحار كبديل لأحزانه،ومن أعراضه تدني النشاط الحركي والشعور بالتعب والإ رهاق ويزداد

الإنشغال بالجسم وأحياناً ينخفض النشاط الحركي لدرجة السبات وعدم الاستجابة للمثيرات الخارجية،وأحياناً يحدث هياج حركي،كما يفقد المريض اهتمامه بالمسرات ويفقد شهيته للطعام ويعاني من الضيق والأرق والإمساك ويقل تركيزه وتتسلط عليه الأفكار الانتحارية والشعور بالذنب وانعدام القيمة وتظهر إحياناً ضلالات تتمشى مع المزاج المنخفض مثل توهم العلل المرضية ، وكثيراً ما تتزايد حالات الانتحار إذا صاحبها أزمات اجتماعية كوفاة أحد الزوجين أو تدهور الحالة الصحية أو الخسارة المالية .

ب – الاضطرابات الوجدانية النوعية: ويمكن تصنيفها في نوعين هما :

- النوبات الدورية : وخاصيتها الانتقال من حالات الهوس إلى حالات الاكتئاب في شكل دورات متكررة يعود بينها المريض لحالته الطبيعية بعد كل نوبة ، ولتشخيص هذا الاضطراب لابد أن تكون الدورات ذات دوام نسبي لايقل عن سنتين .
- الاضطربات الانهباطية: ولا يرافقها أعراض عقلية كالهواجس والضلالات وهي ما يطلق عليها الاكتئاب العصابي،كما أن المريض لايفقد صلته بالواقع ولايفضل الانتحار كحل لمعاناته .

ج – الاضطرابات الوجدانية غير المحددة : ويمكن تضمين هذا النوع جميع الاضطرابات الوجدانية التي لايمكن تصنيفها مع الفئات السابقة مثل الذهان الوجداني المختلط الذي تترافق فيه أعراض مشتركة بين الهوس والاكتئاب في النوبة الواحده (إبراهيم:١٩٨٦ م:٥٤) (التمريض النفسي: بدون : ١١٨).

وحول أسباب الاضطرابات الوجدانية جدل أيضاً كما هو حال الفصام، فالبعض يرى أن الاضطرابات الوجدانية استعداد وراثي،حيث وجد أن نسبته ترتفع إلى ٦٥٪ بين التوائم المتشابهة وتنخفض إلى ١٤٪ بين التوائم المتآخية ، أما لانج وكريتشمر ١٩٢٨-١٩٣٦م . فيعتبرون الأشخاص المهيئين للمرض أصحاب تكوين جبلي مميز أي:يتميزون بخصائص تكوينية وشخصية محددة فهم أصحاب الشخصية النوابية المتصفة بسرعة الانفعال وسهولة التعبير عن العواطف ومزاجهم متقلب بين النشاط والمرح إلى الحزن والتشاؤم مع ميل للانطلاق وحب مخالطة الناس والكرم ويتميز تكوينهم الجسماني بالقصر وضخامة تجويف البطن وقصر الأطراف والرقبة واستدارة الوجه ، وهناك تفسيرات ترجع هذه الاضطرابات لنقص تركيز الإمينات الحيوية في المخ مثل (نور أدرينالين ، السيروتونين) فيهبط النشاط عند نقص تركيزها في المخ وعندما يزداد تركيز (نور أدرينالين) يزداد الهوس والنشاط ، وهذا التصور هو أساس العلاج بمضادات الإكتئاب ، وهناك تفسيرات ترجع هذه الإضطرابات لخلل افرازات الغدد الصماء فقد لوحظ ظهور المزاج الاكتئابي مع اضطراب الهرمونات الجنسية قبل الطمث الشهري وعقب بعض حالات الولادة والنفاس وعند سن اليأس ، ولوحظ أعراض الاكتئاب في مرض المكسيديما (نقص افراز الدرقية) ولوحظ أعراض الانبساط في مرض جريف(زيادة إفراز الدرقية)ولوحظت أعراض الذهان الدوري في مرض كشنج(زيادة افراز الغدة الإدرينالية)، وهناك أبحاث حديثة تربط الاكتئاب بخلل التمثيل الغذائي وتوزيع عناصر كالكالسيوم والصوديوم،حيث وجد أن الجسم يحتفظ بكمية ٥٠٪ من الصوديوم في حالة الاكتئاب وتزداد الكمية إلى٢٠٠٪ في حالة الهوس وتعود نسبة الصوديوم إلى طبيعتها عند شفاء المريض (عكاشة:١٩٩٢م:٣٦٤) (عزت:١٩٨٦م : ١٥٨) .

أما التفسيرات النفسية التحليلية للإكتئاب فتعتبر المكتئب شخص يطلب المحبة المفقودة في الطفولة وحين يفشل في كسب المحبة يحبط ويوجه طاقته اللبيدية لتدمير ذاته ويتهم الأنا ويشعر بالدونية،وفي حالة الهوس يوجه طاقته الحيوية الغريزية للتعبير عن نفسها دون عنان ، أما النموذج المعرفي الذي قدمة بيك ١٩٧٦م فيتلخص في قصور آلية تفكير المكتئب في مواجهة الضغوط فيفهم أن ذاته عاجزة وأن خبراته معوقة وصورة المستقبل لديه سالبة ومصدر ذلك أخطاء منطق تفكيره فعملية الاستدلال لديه ناقصة وطريقة تعميماته متسرعة وتقيمه للمواقف مبالغ فيضخم الصغائر ويحمل نفسه مسؤولية الأخطاء دون مبرر حقيقي، لذا فيجب أن يتركز أسلوب العلاج المعرفي على تعديل مفاهيم الذات والخبرة والمستقبل وتغير نظام القياس المنطقي ، أما سليجمان ١٩٧٥م فيرجع أساس الاكتئاب لعملية تعلم قلة الحيلة واليأس،فعندما تحدث مواقف الكرب ويحس الإنسان بقلة حيلته نحوها يتعلم اللامبالاة ومن تكرار موقف الكرب يتعلم اليأس والقنوط والاستسلام ثم تبدأ بعد ذلك تغيرات المزاج وأعراض الاكتئاب الأخرى، أما لازارس ١٩٦٦م فاعتبر الانعصاب أساس الاضطرابات الوجدانية وينشأ الانعصاب للموائمة بين الضغوط البيئية ومطالب الكائن الحي وعندما تفشل إمكانات الفرد لمواجهة الضغوط يبدأ الجسم باستجابة الانعصاب التكيفية وتحدث تغيرات كيميائية عصبية ، وقد أوضحت الدراسات الحديثه حقيقة الصلة بين الضغوط والاستجابة الكيميائية العصبية،فتنشط الناقلات العصبية (كالدوبامين والسيروتونين والنورابنفرين) لمواجهة الضغوط وتستهلك إذا زادت الضغوط وإذا استمرت الضغوط يحدث قصور في تكوينها، كما وجدت مناطق في جذع المخ تفرز أفيون بشري يعطل النشاط حيث وجدت بعض الدراسات أن الضغوط الناجمة عن الفقد تكون مصحوبة بانطلاق أفيون الأندروفين البشري (اسماعيل : بدون :١١٦،١٥٢،١٨١).

رابعاً : المسئولية الشخصية الاجتماعية :

مفهوم المسئولية بشكل عام يتعذر تحديده دون ربطه بفلسفة المجتمع ، فهو ثمرة فلسفة المجتمع وتشير لمطلب العمل والتفكير ووجه المسائلة المناطة بالأفراد والمؤسسات، وتعرف المسئولية لغة:بأنها حال أو صفة من يسأل عن أمر تقع عليه تبعته فيقال : أنا برئ من مسئولية هذا العمل، وتطلق أخلاقياً:على التزام الشخص بما يصدر عنه من قول أو عمل ، وتطلق قانونياً على الالتزام بإصلاح الخطأ الواقع على الغير طبقاً للقانون (إبراهيم : ١٣٩٣هـ) .

ويعرف(رزوق:١٩٨٧م) المسئولية الاجتماعية Social Responsibility بأنها كون الشخص ولي أمره والمسئول عن تصريف شئونه بحيث يتولى دوره العملي ويؤدي مهماته آخذاً على عاتقه القيام بنشاطاته وأعماله والاضطلاع بكافة الأعباء والمهام المسندة إليه دون سواه شاعراً بالمسئولية أو الواجب خلال ممارسته ومشاركته في الأعمال الجماعية (ص : ٢٥١) .

ويعرفها (زهران: ١٩٨٤م) بأنها مسئولية الفرد الذاتية عن الجماعة أمام نفسه وأمام الجماعة وأمام الله وهي الشعور بالواجب الاجتماعي والقدرة على تحمله والقيام به (ص :٢٢٩) .

وفي اللغة الانجليزية يراد بالمسئولية عدد من المعانيوالمصطلحات حددها (البادي: ١٩٨٠ م) في :

١- الاهتمام Concern .

٢-الضمير الاجتماعي Social Conscience.

٣- المشاركة الاجتماعية Involvement .

٤- الاستجابة الاجتماعية Social Response.

والمسؤولية تكتسب وتنمو من عدة عناصر هي:الإهتمام ويقصد به الارتباط بالجماعة التي ينتمي إليها الفرد صغيرة أم كبيرة يخالطها الحرص على تقدم الجماعة وتماسكها وبلوغ أهدافها، أما العنصر الثاني:فهو الفهم ويقصد به فهم المغزى الاجتماعي لأفعال الفرد أو فهم الفرد للجماعة بحيث يكون قادراً على معرفة القيمة الاجتماعية لتصرفاته ، أما العنصر الثالث:فيتضمن المشاركة أي الاشتراك في العمل مع الآخرين في الأعمال التي وضعتها الجماعة ، وهذه العناصر ترتبط وظيفياً بالشخص وتعمل متكاملة وتنمو تدريجياً عبر التطبيع الاجتماعي (عثمان : ١٩٧٣م : ٦) .

وتعتبر المسئولية أحد القيم الإيجابية في الشخصية كالصدق والكفاية والإقتدار ويرى باير (Baier : 1969) (أن القيم محدد هام للسلوك ، فعندما يؤدي الفرد سلوكاًأو يختار مساراً مفضلاًفإنه يفعل ذلك وهو على علم بأن المسار الذي اختاره إنما يساعد على تحقيق قيمةأفضل من المسارات الأخرى)(ص: ٤٠) .

ويشير (الفقي : ١٩٨٤م) إلى أن العلاقة بين إتجاهات الأفراد وقيمهم تبدوا أكثر تعقيداً بسبب الدرجة التي تسهم بها قيم الفرد في نموه ، وإن اتجاهات الفرد المتعددة تتوقف على مركزية هذه القيم.(الكندري : ١٩٩٢م : ٣٠١) .

ولهذا فإن توفر إتجاهات إيجابية نحو أي موضوع إذا لم تتجمع حول قيمة مركزية كالمسئولية تجعل الفرد يندمج في أعمال عشوائية قد لاتخدم أهداف ومصلحة الجماعة .

كما أن الشعور بالمسئولية أحد حالات الدافعية التي توجه استجابة الفرد عن طريق الخصائص الإدراكية حين يصدر حكماً معيارياً جرى فيه الاختيار — بما يتمشى مع ماهو متوقع ، وهو في نفس الوقت يزيد من الإحساس بالقيمة الذاتية

(فالفرد المسئول اجتماعياً يشارك في علاج مشكلات الجماعة ، اشتراكاً ينم عن فهم الجماعة وحرصة عليها ويدرك ما يترتب على سلوكه من نتائج تنعكس على الفرد والجماعة ، مما يجعله يشعر بأنه محل تقدير الآخرين ويشعره بالقدرة على النجاح، وهذا بدوره يجعله أكثر إقبالاً على الجماعة ، ويزيد من مسئوليتة الاجتماعية) (عيسى: ١٩٨١م : ١٢٤).

والمسؤولية أحد أبرز مظاهر السلوك ضمن المواقف الاجتماعية المختلفة، ويرى الباحث أنها تؤثر في الاتجاهات حيث يعمل سلوك المسئولية على تعديل الاتجاهات ، وفي حالة تعارض المسئولية مع الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي فالاحتمال الوارد تحول الاتجاهات عن وجهتها ، لذا ستعمل الدراسة على معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين المسؤولية والاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي .

خامساً : منهج الوقاية في الطب النفسي :

شجع الفهم الشامل لطبيعة التفاعل المعقد بين العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية في نشأة الاضطرابات النفسية الوظيفية على اعتماد منهج الوقاية منها ، وإدراج علاجها ضمن الخدمات الطبية العامة ، وينطوي هذا التوجه على معاملة الاضطرابات النفسية الوظيفية معاملة الاضطرابات العضوية واعتماد استراتيجية التدخل الوقائي على مستوى:التطبيق البيلوجي وعلى مستوى التطبيق الاجتماعي . ويمكن تحديد إجراءات الوقاية من المرض النفسي الوظيفي وفق أهداف الطب النفسي المجتمعي في العمل على ثلاث مستويات هي :

١- الوقاية الأولية : لمنع أسباب حدوث المرض النفسي وزيادة معدل إنتشاره، بتشديد اليقظة والحرص من أسباب المرض النفسي والعقلي وتخفيف المعاناة وترميم العلاقات الاسرية المتصدعة وإبراز قيمة الأسرة كوحدة متفاعلة وليس متعايشة فقط مع تعزيز القيم المحققة للتكيف الاجتماعي ، وبرز دور المؤسسات التربوية والإعلامية والشبابية والاجتماعية والدينية وأقطاب المجتمع في تحقيق ذلك .

٢- الوقاية على المستوى الثاني : لتقصير مسار المرض والحد من معدل انتشاره، وظهرت أهمية التدخل السريع لعلاج المرض وكشفه مبكراً واستخدام العقاقير في علاج المريض النفسي وتقليل حالات الانتكاس بالعقاقير الممتدة المفعول مع زيادة تبصير الأفراد في المحيط الاجتماعي بعلامات الكرب وتفعيل مهارات الإتصال لديهم والحد من تطويرهم لمواقف العداء والذنب والفزع من المريض النفسي .

٣- الوقاية على المستوى الثالث : بهدف تجنب تحول المرض لحالة الإزمان عن طريق خفض معدلات اضطراب الأداء أثناء المعالجة الطبية ببرامج فعالة للتأهيل . وفي المملكة العربية السعودية تبنت إدارة الصحة النفسية

والاجتماعية بوزارة الصحة منهج الوقاية من المرض النفسي في تكامل مع الخدمات الطبية العامة ، وفي تناسق مع جهود المؤسسات الأخرى ، ويمكن ملاحظة جهود وقائية ضخمة تتبعها المؤسسات الصحية .

فعلى مستوى الوقاية الأولية : تزايد الإهتمام بنشر الوعي والتثقيف الصحي النفسي مع توفير خدمات العلاج الوقائي عبر مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في كل موقع سكاني وإحالة الحالات المحتاجة لرعاية طبية نفسية للمؤسسات المتخصصة، (وهناك عزم لدى وزارة الصحة لوضع برنامج مدعم بالأبحاث لمعرفة الإضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها الفرد ومن ثم التدخل لإحتوائها وفق أسلوب علمي متخصص إضافة لتقديم خدمات المتابعة العلاجية لبعض المرضى في مقر إقامتهم) وعلى مستوى الوقاية الثاني والثالث : توفرت مؤسسات علاجية متخصصة لتقديم هذه الخدمة وعنها يشير عثمان الطويل ١٩٩٥م (أنه يتوفر ١٥ مستشفى للصحة النفسية بالمملكة تتضمن ٥٥ قسماً وعيادة نفسية يضاف إليها ٣ مستشفيات مخصصة لعلاج الإدمان والتأهيل النفسي والاجتماعي وقد بلغ عدد الأسرة الخاصة بالمرضى النفسانيين حتى نهاية عام ١٤١٤هـ ٢٥٦٤ سريراً) (عكاظ:١٩٩٥م:١٩) (الحارثي:١٩٩٣م:٦١).

وكثيراً ما يواجه تحسين العمل الوقائي عقبات لايمكن عزلها عن الاتجاهات القائمة في المجتمع عن المرض والمريض النفسي ، ومن العوامل المساعدة لتحسين العمل الوقائي توفر اتجاهات معرفية موجبة عن الأسباب البيئية والشخصية المؤدية للمرض النفسي لمنع حدوث المرض النفسي ، وتوفر قناعة موجبة بأساليب العلاج الطبي النفسي تشجع على طلب العلاج عند حدوث المرض،وتوفر إدراكات ومشاعر وسلوكيات موجبه نحو المريض النفسي الوظيفي تعينه على التوافق الاجتماعي عند شفائه وتحسنه .

* تراث الدراسات السابقة :

أولاً : الدراسات العربية :

تقصت عدد من الدراسات العربية الجانب المعلوماتي عن المرض النفسي والأفكار السائدة عنه منذ الستينات، ومن أقدم الدراسات المعروفة في هذا الصدد بحث محمد أمين ١٩٦٤ م (إتجاهات طلبة الجامعة نحو أساليب العلاج النفسي في الكليات النظرية والعملية ، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود اتجاهات سلبية نحو أساليب العلاج النفسي لدى عموم الطلبة ويزداد انتشارها لدى طلبة الكليات النظرية مقارنة بطلبة الكليات العملية) (شقير :١٩٩٤م: ١٢٦) .

وفي دراسة (عبد الحميد :١٩٧٤م) للإجابات الشائعة لبعض القضايا النفسية بواسطة مقياس لبعض الأسئلة السيكولوجية ، تم تطبيقه على (٢٠٠) طالبة في أحد الجامعات المصرية موزعين مناصفة بين طالبات الاجتماع والتجارة يشمل كل منها (٥٠) طالبة من الفرقة الأولى و(٥٠) طالبة من الفرقة الثانية ، اتضح من نتائج الدراسة انتشار الكثير من العبارات الشائعة الخاطئة لدى العينة الكلية مثل : الاعتقاد بأن التفكير في المرض الجسمي أو العقلي يؤدي للتعرض للمرض ، وأن العيوب الجسمية والعقلية لاتؤدي إلى التأخر إذا توفرت الإرادة، وأن حظ الفرد وشخصيته يتأثر بالنحس والنجوم ، وكشفت الدراسة تحسن المعتقدات النفسية الخاطئة مع التقدم العلمي في التعليم الجامعي وتتأثر بالتخصص فيزداد انتشار الأفكار الخاطئة لدى طالبات التجارة مقارنة بطالبات الاجتماع (ص ٣٣٣) .

كما وضع (عبد الخالق :١٩٨٢م) مقياس للاتجاهات نحو المرض العقلي مكون من ٢٢ فقرة يشمل معلومات عن المرض العقلي واتجاهات نحو المريض

العقلي ، وقام بتطبيقه على ٣٧٤ طالبة بجامعة الأزهر في قسم علم النفس، وتوصلت نتائج الدراسة إلى توفر اتجاهات شفيقة نحو المريض العقلي لدى نسبة كبيرة من العينة تمثلت في قبول الاندماج مع المريض العقلي في زيارة والعمل في المجال النفسي ، كما ظهرت اتجاهات رافضه نحو المريض العقلي تتمثل في اعتباره خطراً على المحيطين به وعدم السماح له بأتخاذ قرارات حياته اليومية، وظهرت معلومات غير صائبة عن المرض العقلي تتمثل في ضرورة تنويم المريض العقلي في المستشفى بمجرد ظهور علامات مرضية لديه لدى ٧٤٪ من العينة ، وكانت الاتجاهات متفائلة حول إمكانية الشفاء والوقاية والحد من معدلات حدوث المرض العقلي ، وقرر ٤٤٪ من أفراد العينة صعوبة فهم السلوك الشاذ(ص٩٧) .

وتابع (عبد الخالق وآخرون ١٩٨٢م) في دارستين متلاحقة بحث علاقة الاتجاهات نحو المرض العقلي ببُعدي الشخصية الانبساطية والعصابية على عينات من الإناث، بواسطة مقياس الاتجاهات نحو المرض العقلي الذي أعده في الدراسة السابقة وبواسطة مقياس أيزنك للشخصية (الصورة ب) :

- وفي الدراسة الأولى : جرى تطبيق أدوات الدراسة على ٥٧٦ طالبة بالمعهد العالي للتمريض بجامعة الأسكندرية ، واتضح من نتائج التطبيق أن الاتجاهات الإيجابية نحو المريض العقلي تتوفر لدى أكثر الطالبات تطرفاً في الانبساط والإنطواء على بُعد (الانبساطية) أما الطالبات الحاصلات على درجة مرتفعة على بُعد (العصابية) فزاد اعتقادهن بانتشار المرض العقلي (ص : ١١٩) .

- وفي الدراسة الثانية : جرى تطبيق أدوات الدراسة على ٣٣٦ طالبة في قسم علم النفس بجامعة الأزهر ، واتضح من نتائج التطبيق أن الاتجاهات السلبية عن المرض العقلي تتوفر لدى أكثر الطالبات تطرفاً في الانبساط

والإنطواء على بعُد (الانبساطية) فلم يتوفر لديهن أمل في الوقاية وانقاص معدل انتشار المرض العقلي وحافظن على مسافة اجتماعية بينهن وبين المريض العقلي ، أما الطالبات المرتفعات الدرجة على بُعد (العصابية) فزاد اعتقادهن بعدم ضرورة التعجيل بإدخال المريض للمستشفى ، أما الطالبات المنخفضات الدرجة على بُعد (العصابية) فاعتقدن في إمكانية الشفاء من المرض العقلي والحاجة الماسة لإدخال المرضى للمستشفيات (ص: ١٣١).وخرجت نتيجة الدراستين العامة بمحدودية العلاقة بين الاتجاهات نحو المرض العقلي ونمط الشخصية .

أما (خليفة : ١٩٨٤م) فدرس المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى عينتين من الجمهور ومن عائلات المرضى من الذكور والاناث تبلغ كل عينة ٢٠٠ فرد، وطلب منهم الاستجابة على مقياس من إعداده خصص منه ٧٤ فقرة لقياس المعتقدات و ٢٧ فقرة لقياس الاتجاهات نحو المريض النفسي ، واتضح من نتائج التطبيق تشابه معتقدات الجمهور السالبة مع معتقدات عا ئلات المرضى فالجميع يتفق على غباء وعدوانية المريض النفسي وعدم القدرة على التميز واتخاذ القرارات حول مشاكله اليومية وزاد الاعتقاد في الطرق الوهمية لعلاج المرض النفسي ، كما ظهر افتقاداً وغموضاً في المعلومات الدقيقة عن المرض النفسي ، وتحسنت المعتقدات مع ارتفاع المستوى التعليمي ، أما الاتجاهات نحو المريض النفسي فقد انتظمت حول ثلاثة عوامل هي : الإحساس بخطورة المريض النفسي – والابتعاد عن المريض النفسي – والتسامح حيال المرضى مع تجنب التفاعل معهم، وخلصت الدراسة على أن الاتجاهات القائمة (انعكاس للمناخ الثقافي المنتشر) عن طبيعة أعراض وطرق علاج المرض النفسي.

وواصل (خليفة : ١٩٨٩ م) وصف ومقارنة المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي لدى الذكور والإناث ، مستخدماً مقياسه المعد في دراسته السابقة بعد التعديل ، وطبقه على ٢٧٤ طالباً و٢٨٠ طالبةً في المرحلة الثانوية، وظهر من نتائج الدراسة انتشار المعتقدات الخاطئة لدى أفراد العينة الكلية ضمن أبعاد طبيعة المرض وأسبابه وطرق علاجه وتأثير المريض على الأسرة لتشكل مخططات Schemas يكون لتعميمها خطورة في الحكم على هؤلاء الأشخاص ، وظهر فروق في معتقدات الذكور والإناث فتزايد اعتقاد الذكور بوسائل العلاج الطبي مقارنة بالإناث ، وقدم الإناث صورة أكثر سلبية عن طبيعة المرض النفسي ومآله مقارنة بالذكور ، وزاد رفض الإناث لأسباب المرض النفسي الخرافية ، أما الاتجاه نحو المريض النفسي فكان سلبياً عموماً وبالذات لدى الإناث ، وانتهت الدراسة على وجود علاقة بين المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي (ص : ١٠٣).

وفي دراسة أخرى تابع (خليفة : ١٩٨٩م) مقارنة المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي، مستخدماً أبعاد منتقاة من مقياسة المعدل في الدراسة السابقة وأيضاً مقياس روتر Rotter للتدعيم الداخلي،وطبقها على ٢٧٤ طالباً في المرحلة الثانوية بمدارس القاهرة من القسمين العلمي والأدبي بمتوسط عمري قدره ١٧,٥ عام ، ودلت نتائج الدراسة على وجود علاقة بين المعتقدات ومركز التحكم وإنتفاء هذه العلاقة بين الاتجاهات ومركز التحكم ، وظهر اتجاه سلبي نحو المريض النفسي لدى ذوي التحكم الداخلي والخارجي ، وظهرت فروق في معتقدات ذوي التحكم الداخلي والخارجي فاعتقد ذوي التحكم الداخلي في طرق العلاج الطبيعية وإمكانية الشفاء من المرض النفسي وقل اعتقادهم بالأضرحة والأولياء

وتحضير الأرواح بعكس ذوي التحكم الخارجي الأكثر اعتقاداً بالأساليب الخفية للمرض النفسي والطرق العلاجية غير العلمية (ص١٠٢) .

وفي دراسة حديثة تناول (محمد : ١٩٩٤م) الاتجاهات نحو المرض النفسي في علاقتها بالاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية لدى عينة من الجنسين تبلغ ١١٢ فرداً من طلبة جامعة الإمارات يشكل الذكور منهم ٤٢ فرداً والإناث ٧٠ فرداً وجرى تطبيق مقياس للأعراض السيكوسوماتية واستبيان للاتجاهات نحو المرض النفسي مكون من (٢٠) بنداً من إعداد الدارس ، وكشفت نتائج الدراسة فروق في الاتجاهات بين الذكور والأناث ، وفروق بين الجنسين في الاضطرابات السيكوسوماتية الذي تعاني منه الإناث أكثر من الذكور ، وظهر ارتباط أنواع من الأضطرابات ببنود الاتجاهات فاعتقد المضطربين (بالخوف والقلق والشك والسيكوماتية العامة) بأن المرض النفسي مس من الجن ونقص في الإيمان وعدم إشباع للدافع الجنسي والإعتقاد الخاطئ بزيارة القبور والثقة في أن قراءة الكتب الدينية تشفي من المرض النفسي ، أما (المكتئبين) فيعتقدون بعاطفية المريض النفسي، أما (السيكوباثيه) لدى الإناث فارتبطت بالاعتقاد في التخلف العقلي لدى المرضى النفسين ، واعتقد المصابون (بالإرتعاد) في أن المرض النفسي معدي ويتسبب الجهل فيه ، وارتبط (السلوك السيكوباثي) لدى العينة الكلية بعدم الرغبة في إقامة علاقة مع المريض النفسي وارتبط هذا المعتقد أيضاً (بالاكتئاب لدى الذكور والخوف على الصحة لدى الإناث) ولم يرتبط الاعتقاد بإمكانية الشفاء من المرض بأي نوع من السيكوسوماتية (ص :١٧١) .

كما أجرت (شقير : ١٩٩٤م) دراسة لتحري أثر التعليم والتخصص الدراسي في أحداث فروق في المعتقدات عن المرض النفسي والاتجاهات نحو المريض النفسي لدى طالبات سعوديات في مدينة تبوك ، موزعة على عينتين من

الأقسام العلمية والادبية:كل منها يبلغ ١٣٦ طالبة مختارين من المدارس الثانوية وكلية التربية للبنات، وكشف نتائج الدراسة أن المعتقدات الخاطئة هي الأكثر شيوعاً والاتجاهات سلبية عموماً نحو المريض النفسي ، وظهر أن التقدم في المستوى التعليمي يحسن المعتقدات والاتجاهات ، ولم يظهر تأثيراً جوهرياً للتخصص العلمي في إحداث فروق في المعتقدات أو الاتجاهات (ص:١٢٤) .

وأجرى (كفافي :١٩٩٤م) بدولة قطر دراسة للاتجاهات نحو المرض النفسي لمعرفة دور التعليم والجنس في إظهار فروق الاتجاهات ، وجرى إعداد مقياس مكون من (٦٠) فقرة يتضمن اتجاهات شاملة عن المرض النفسي وإدراك مظهر المريض وتم تطبيقه على ٤٢٣ مفحوصاً منهم ١٤٣ من الذكور و٢٨٠ من الإناث في مراحل الدراسة الثانوية والجامعية ، ومن نتائج الدراسة ظهر أن اتجاهات الذكور أكثر صحة من اتجاهات الإناث حول إمكانية الوقاية من المرض النفسي ومآل المريض وأساليب العلاج، مع اتفاق العينة الكلية حول أسباب المرض النفسي ، كما اتضح أن التعليم الجامعي يحسن اتجاهات الإناث أكثر من الذكور حول أسباب المرض النفسي وإمكانية الوقاية منه والتفائل بمآل حسن للمريض النفسي ، وظهر أن اتجاهات الذكور أكثر ثباتاً من اتجاهات الإناث فلم تظهر فروق على جميع أبعاد المقياس بين طلبة الثانوية والجامعة.

ثانياً الدراسات الأجنبية :

أخذ موضوع الاتجاهات نحو المرض النفسي حقه من البحث في نهاية خمسينات هذا القرن ، فقد نونالي ١٩٦١م Nunnally كتاب تصورات شائعة عن الصحة العقلية ، قدم فيه دراسة مسحية لمعلومات الجمهور عن المرض والمريض العقلي، مستخدماً أداتين أحدهما استفتاء للمعلومات والآخر مقياس للتمايز السيمانتيكي لقياس المشاعر الكامنة نحو المريض العقلي تقدم فيه عبارة

مثيرة للمفحوص عليه تقديرها على عدد من الأبعاد التقويمية بهدف التحقق من صدق المعلومات المذكورة في الاستفتاء، ومن نتائج الاستفتاء اتضحت صورة موجبة عن المريض العقلي حيث وصف (بالاتساق في التفكير ، وإمكانية علاجه، وقدرته للعودة إلى بيئته المحلية)، إلا أن مقياس المشاعر الكامنة أظهر نتيجة مختلفة تتمثل في (خطورة المريض العقلي، وعدم الوثوق به ، أو سهولة التنبؤ بتصرفاته ، وانعدام قيمته) لدى المستجيبين مهما كان سنهم أو مستواهم التعليمي، وتبين جلياً الاختلاف الكبير بين الاتجاهات اللفظية والاتجاهات الوجدانية نحو المريض العقلي (كاشدان : ١٩٨٨م : ١٧٤).

وفي دراسة عامليةأجرى كوهين وسترينج١٩٦٢م Cohen & Struening بحثاً للإعتقادات الشائعة عن المرض العقلي في اثنين من المستشفيات العقلية ، وتوصل إلى توفر خمسة اتجاهات رئيسية هي:عامل التسلطية Authoritarianism وتشير درجته المرتفعة إلى اعتبار مرضى المستشفيات العقلية اشخاص مختلفين عن العاديين وفئة بشرية دنيئة، وهناك عامل الخيرية Benevolence وتشير درجته المرتفعة إلى نزعة تعاطفية للخير مع المرضى العقليين ، وأيضاً أيدلوجية الصحة العقلية Mental Hygiene Ideology وتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بأن المرض العقلي النفسي مماثل للأمراض العضوية ، وكذلك عامل الضبط الاجتماعيSocial Restrictiveness وتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بضرورة تقّيد حرية المريض لحماية المجتمع منه سواء داخل أو خارج المستشفى، أما عامل العلاقة السببية المتبادلة Interpersonal Etiology فتشير درجته المرتفعة إلى الاعتقاد بأن المرض العقلي ناتج عن الخبرات الشخصية خصوصاً الحرمان من حب واهتمام الوالدين ، وتوصل كوهين وسترينج ١٩٦٤-١٩٦٥م إلى أن العاملين في المستشفيات العقلية الحاصلين على درجات مرتفعة على بعد التسلطية

والضبط الاجتماعي لايستمر مرضاهم على متابعة العلاج ويغادورن المستشفى على عكس العاملين الحاصلين على درجات منخفضة على هذين العاملين .

وفي دراسة أخرى طبق السورث ١٩٦٥م Allsworth مقياس كوهين وسترينج على عينة قوامها ٦٥ عضواً من الممرضين والمساعدين في مستشفى المحاربين القدماء ، ووجد أن العاملين الحاصلين على درجات مرتفعة على عامل الضبط الاجتماعي يتسم سلوكهم غالباً بالتشدد وعدم مراعاة مشاعر الآخرين ويعوزهم تفهم المرض والصدق فيهم كما أنهم لايستجيبون للمرضى .

وفي دراسة تجريبية توضح إدراكات الأفراد لشخص موصوم بمرض عقلي مطلوب العمل معه ، طلب فاريناورينج ١٩٦٥ م Farina & Ring من أزواج من المفحوصين الموزعين على عينتين تجريبية وضابطة العمل المشترك على أدوات جهاز شبيه بالمتاهة ، وجرى إيهام أحد أفراد الأزواج التجريبية بأن رفيقه عولج في مصحة عقلية بواسطة قصاصة تم استبدالها خفية بدلاً من القصاصة التي كان يعدها كل مفحوص مسبقاً عن تاريخ حياته ، وبعد انتهاء العمل على الجهاز طلب من المفحوصين الاستجابة على استبيان يسأل عن إدراك صورة رفيق العمل كما قدر إنجاز الشركاء على مسافات المتاهة ، واتضح من نتائج الاستبيان أن النظرة للموصومين بالمرض العقلي لاتقوم على التقدير ولا يحسن الظن بهم ، واتضح من نتائج أداء العينتين حُسن انجاز المجموعة التجريبية لحد ذو دلالة ، وجرى تفسير النتيجة بأن العمل مع الأسوياء يرفع درجة القلق المعوق للأداء في حين أن العمل مع المرضى لايمثل تهديداً يعوق الأداء، وتبين جلياً أن الوصمة بالمرض العقلي تحرم الفرد من التقدير وتزيد المبالغة في حمايته رغم عدم وجود سلوك حقيقي يبرر ذلك (كاشدان :١٩٨٨م :١٧٨) .

وللحصول على برهان قاطع على أن الاتجاهات الشائعة عن المرض العقلي تؤثر على أداء العاملين في المستشفيات في ضوء التشريع Enactment المدرك للمساعدات العقلية، استخدام ميهر ١٩٧١م Meher ثلاث أدوات نفسية للحصول على ثلاث متغيرات هي :

١- الاتجاهات نحو المرض العقلي: لقياس النزعة التسلطية والنزعة الخيرية وأيدلوجية الصحة العقلية والتقيد الاجتماعي والمعرفة بأسباب المرض البيئشخصية .

٢- دور المساعدة المتوقع : لقياس التقبل والإذعان المتوقع والتفاعل العلاجي المتوقع والاعتمادية المتوقعة والقيادة الشخصية المتوقعة والأداء الشامل المتوقع .

٣- دور المساعدة التشريعي : لقياس التقبل والإذعان التشريعي والتفاعل العلاجي التشريعي والاعتمادية التشريعية والقيادة التشريعية والأداء الشامل التشريعي .

ومن خلال تطبيق الأدوات على ٦٠ عضواً من عدة مستشفيات متفرقة وتسجيل إدراكهم للدور التشريعي لثلاثة مساعدات طبية يقدمونها في عملهم المباشر، اتضح وجود ارتباط دال بين الاتجاهات وكل من توقع الدور وأيضاً إدراك تشريع الدور ، كما وجدت علاقة دالة بين توقع الدور وتشريع الدور ، وبين التحليل العاملي اندماج العديد من المتغيرات ببعضها مما طرح الحاجة لإعادة تطوير أدوات قياس توقع الدور وتشريع الدور .

وتابع جورج ١٩٧٢م George التعرف على الاتجاهات نحو المرض العقلي لدى عينتين من العاملين والمرضى النفسيين ، من خلال تطبيق أداتين

الأولى(مقياس الآراء نحو المرض العقلي) والثانية (استبانة أيدلوجية رعاية المرض العقلي) وذلك على (٧٠) عضواً عاملاً في أحد المستشفيات الأمريكية و(٦٧) مريضاً ذهانياً من الذكور لتحديد أثر متغيرات (النوع ، العرقية، العمر ، مستوى التعليم، المهنة ، الحالة الزواجية ، مدة الخدمة ، مدة المكوث في داخل المستشفى) وانتهت نتائج تحليل بيانات المقياسين احصائياً إلى أن العاملين السود يحصلون على درجات مرتفعة على المقياسين، ولم تتضح فروق دالة احصائياً باختلاف العمر ومستوى التعليم لدى العاملين ، وحصل العاملون في الأقسام الداخلية وذوي الخدمة الطويلة وفئة مهنة المعاونين على درجات مرتفعة على مقياس الآراء نحو المرض العقلي ، وحصل المعاونون على درجات مرتفع على بعد التقييد الاجتماعي، وحصل الأخصائيون الاجتماعيون على درجات مرتفعة على بعد الخيرية وأيدلوجية الصحة العقلية في حين حصل الأطباء والأخصائيون النفسيون على درجات منخفضة عليهما .

وظهر أن المرضى يحصلون على درجات مرتفعة على المقياسين مقارنة بالعاملين، ولم تظهر فروق دالة احصائياً على أبعاد مقياس الاتجاهات نحو المرض العقلي باختلاف العرقية ومدة الإقامة والتعليم والنوع ، وحصل المرضى المتزوجون على درجات منخفضة على أبعاد التسلطية والتقييد الاجتماعي وكانت الفروق دالة في هذين البعدين بين المتزوجين والعزاب ، وأسفر التحليل العاملي لاستبانة أيدلوجية رعاية المرض العقلي عن ستة عوامل هي : الرعاية ، تحكم المريض ، تحكم الجناح ، التشاؤمية، الخيرية ، طبيعة المرض العقلي (موسى : ١٩٩٤م : ٣٣١).

وقام كتلر ١٩٧٥م Cutler بفحص علاقة جنس المفحوص بالاتجاهات والسلوكيات نحو المرضى العقليين، ومن خلال الإتصال وإجراء المقابلات مع

(٣٠) ذكراً و(٣٠) انثى في مدينة كونيكتكوت الأمريكية وتطبيق قائمة للمشكلات واستبانة للاتجاهات نحو المرض العقلي والتحصل على تعليقاتهم على تسجيل صوتي لمريض عقلي ، اتضح أن المريض العقلي أقل تقبلاً من الجيران عن المريض العادي ، وأنه يعامل ويعالج بطريقة مختلفة عن الفرد العادي ، كما تبين أن اتجاهات المرضى الإناث نحو المرضى العقليين أكثر إيجابية من اتجاهات المرضى الذكور (موسى :١٩٩٤م :٣٣٤) .

وتوصل ماهوني ١٩٧٩م Mohony في دراسة لاحقة إلى أن التصورات ليست حسنة لجميع فئات المرضى ، فيشيع عن العصابيين أنهم مزعجون ومتقلبو المزاج ، أما المجانين Insane فهم خطيرون ومخيفون ويسببون الرعب لمن حولهم، أما المرضى النفسيين فهم المكتئبون وسلوكهم يتسم بالعنف والخطورة (خليفة:١٩٨٩م: ١٠٤) .

وفي عدد من الدراسات التي تهتم بتدريب الممرضات اتضح أن الاتجاهات الموجبة نحو المريض ترتبط بالشخصية المتكاملة، فتوصلت توكاهاتا ١٩٦٠م في تحليلها لسلوك الممرضات المنتسبات لبرنامج في التمريض النفسي من خلال استجابتهم لمقياس التوجه نحو الذات والتوجه نحو الآخر أن الاتجاهات الإيجابية نحو المرضى والمستشفيات العقلية ترتبط بصورة دالة مع الذات الموجهة نحو الآخر أكثر من ارتباطها بالتوجه نحو الذات ، وفي دراسة باجلي وايفان وينج ١٩٧٣م Bagley & Evan Wong لآراء (١٠) مجموعات من الممرضات عند اختيارهن للمهنة اتضح أن مفهوم الذات المتكامل لديهن يؤدي لتقبل زائد لمجموعات المعوقين بما فيهم العقليين (عبد الخالق :١٩٨٤م : ١٢٧) .

وفي عدد من الدراسات الأخرى اتضح أن الميول التسلطية ترتبط بالاتجاهات السلبية نحو المرضى ، فبين جلبرت وليفنسون ١٩٦٥م

Gilbert& Levinson أن هناك علاقة بين التوجه غير الإنساني حيال المرضى العقليين والشخصية التسلطية ، وكشف فوجل ١٩٦١م Vogel في دراسة لمبادئ العلاقة العلاجية أن الاتجاهات التسلطية ترتبط بدرجة أقل من الفاعلية في العمل مع المرضى، وفي دراسة كانتروشوماكر ١٩٦٣م Canter & Shomaker لمبادئ المهنة لدى عينة من طالبات التمريض وجد علاقة موجبة بين الميول التسلطية والاتجاهات السالبة نحو المرضى العقليين كما وجد أن مبادئ الممرضات تقاوم التغير (خليفة : ١٩٨٩م : ١٠٣) .

وفي دراستين لاحقة لمعرفة خصائص متطوعين لخدمة المرضى النفسيين اتضح أن أهم ما يميزهم هو المسئولية، ففي دراسة فيشر ١٩٧١م Fisher لعلاقة السلوك التطوعي بسلوك المسؤولية الاجتماعية لدى (٣٢٩) طالباً طلب منهم الاشتراك في برنامج اجتماعي لمرافقة مرضى المستشفيات النفسية،اتضح وجود علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين سلوك المسئولية وسلوك التطوع . وفي دراسة هوب فول ١٩٨١م Hobfoll لمعرفة خصائص متطوعات في برنامج الرعاية النفسية الاجتماعية جرى مقارنة (٢٣) طالبة جامعية متطوعة مع (١٩) طالبة من غير المتطوعات بواسطة مقياس خماسي الأبعاد يتضمن (التعاطف، المسئولية الاجتماعية ، تقبل الذات، التكبر، التسامح) واتضح أنه لاتوجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية من المتطوعات والمجموعة الضابطة من غير المتطوعات على متغيرات المقياس عدا متغير المسئولية الاجتماعية الذي أظهر فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعتين لصالح مجموعة المتطوعات (متولى:١٩٩٠م: ٨٢٠) .

وفي دراسة ذات تساؤلات أخرى بحث بيرجر ١٩٨١م اتجاهات العاملين في المستشفيات النفسية وصلتها بمستوى صراع المريض للخروج من المستشفى

وعملية اتخاذ القرار لخروج المرضى من المستشفى ، وتوقع الباحث وجود علاقة بين اتجاهات العاملين والقرارات التي يتخذونها لخروج المرضى ،وطبق إستبانة الاتجاهات نحو المرض العقلي على (٦٠) مفحوصاً من العاملين مع المرضى ، وأيدت النتائج صحة وجود الاعتقاد السائد بنموذج الضبط الاجتماعي للإنحراف الذي يعتبر المرضى العقليين مصدر تهديد للمجتمع ، كما اتضح أن العاملين الأكبر سناً أكثر تعقيداً لقرارات خروج المرضى، كما تبين أن اتجاهات الإناث أكثر إيجابية من اتجاهات العاملين الذكور نحو المرض العقلي. (موسى : ١٩٩٤م :٣٣٤) .

وفي دراسة عبر حضارية أجرت ماري كيتنج ١٩٨٥م **Keatinge** مقارنة لاتجاهات جماعتين إيرلندية في مقاطعتين أحدها يحوى معدل كبير من الفصاميين والأخرى معدل ضئيل من الفصاميين ، وتم مقارنة الجماعتين في اتجاهاتهم من حيث (معدل قبول الفصام كمرض ، وفي إستخدام المستشفى ، والمعرفة بالاضطراب العقلي، وتسامح أنظمة التأييد للمرض العقلي ، وميل أعضاء الجماعة للبحث عن المساعدة) وجرى قياس هذه العمليات بواسطة قائمة الجماعة على عينة عشوائية من كل مقاطعة قدرها (١٠٠) فرد، وبينت النتائج أن المقاطعة التي ترتفع فيها نسبة الفصام تكون اتجاهاتهم أكثر إيجابية من المقاطعة الأخرى (موسى:١٩٩٤م : ٣٣٤)

وتناولت عدد من الدراسات الاتجاهات السلوكية والمشاعر نحو المرضى في طفولتهم من وجهة نظر المرضى أنفسهم ، فدرس جارميزي وآخرون ١٩٦١م **Grmizy & Others** اتجاهات المعاملة الوالدية للمرضى الفصاميين في طفولتهم المبكرة، بواسطة مقياس لاتجاهات تنشئة الأطفال استجاب عليه ثلاثة مجموعات على نحو ما يمثل استجابة والديهم في طور النمو الأولي ، وتشكلت العينة الأولى

من فصامي العملية:وهو فصام يتميز بفترة انحلال طويلة وتشكلت العينة الثانية من فصاميين استجابيين:وهو فصام ينشأ استجابة لنوع من الضغط الموقفي وتشكلت العينة الثالثة من مجموعة أسوياء يمثلون عينة ضابطة ، وأوضحت النتائج أن مجموعة فصام العملية ينسبون إلى والديهم اتجاهات تنشئة منحرفة أكبر من مجموعة الفصام الاستجابي ، ولاحظ الباحثون أن فصامي العملية يتحدثون عن نمط سيادة الأم /والفصاميون الاستجابيين يتحدثون عن نمط سيادة الأب . (كاشدان :١٩٨٨م :١١٦).

وفي دراسة مشابهة بحث كازاريان وآخرون ١٩٨٧م Kazarian& others الرابطة الوالدية لدى ٤٩ مريضاً خارجياً بالفصام تترواح أعمارهم بين ٣٣-٤٧ عام وطلب منهم تذكر أساليب المعاملة الوالدية لهم في السنين العشرة الأولى من حياتهم، واتضح من النتائج أن أبرز ما يميز الآباء هو معاملتهم بأسلوب الحماية الزائدة (طاهر:١٩٩٠م: ٥٦) ومن الأبحاث السابقة تبين نشأة الفصام كامتداد لخلل الاتصال والتفاعل الأسري .

وفي دراسة بيريز ١٩٨٦م Perris لاتجاهات التنشئة الوالدية لدى أربع مجموعات من مرضى الاكتئاب منها ٧٤ مريضاً بالاكتئاب الوحيد القطب و٢١ مريضاً بالاكتئاب ثنائي القطب و٣٤ مريضاً بالاكتئاب التفاعلي و٣١ مريضا بالاكتئاب غير المحدد ، وبعد إجراء المقارنة مع ٢٠٥ فرد من العاديين، اتضح أن ٦٤٪ من المرضى يتلقى حماية زائدة من والديه وأن جميع مرضى الاكتئاب خاصة وحيد القطب وغير المحدد قرروا بأن آبائهم كانوا أقل في الدفء العاطفي من العاديين (طاهر :١٩٩٠م : ٥١) ويعزز هذا البحث نشأة الاكتئاب كامتداد لخلل التفاعل العاطفي داخل الأسرة .

وقد اهتمت عدد من الأبحاث بتعديل الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي، فقام بنتزوادجرتون ١٩٧٠م Bentz & Edgerton بالتعرف على دور البرامج التدريبية في تعديل الاتجاهات نحو المرض النفسي ، ولتحقيق هدف الدراسة تم إعداد مقياس مكون من ١٥٧ فقرة ، طُبق على عينة تجريبية تبلغ ٤١٨ فرداً من القادة في مجالات السياسة والتربية والتعليم والدين وإدارة الأعمال ٨٥٪ منهم أنهى دراسته الثانوية والجامعية ، وطبق المقياس أيضاً على عينة تجريبية تبلغ ١٤٥٠ فرداً من نفس مناطق القادة ويكافئونهم في العمر والمستوى التعليمي، واتضح افتقاداً للكثير من المعلومات عن المرض النفسي وأسبابه وطبيعته راجع للتخلف الثقافي Cultural Lag ، وبعد تعريض المجموعة التجريبية فقط للمتغير التجريبي وكان عبارة عن برامج تدريبية عن طبيعة وأسباب وطرق علاج المرض النفسي ، وبعد إستخدام قياس لاحق للمجموعتين التجريبية والضابطة، ظهر تحسن إيجابي في الاتجاهات لدى المجموعتين فهناك اتفاق على أهمية المستشفى والعلاج المتخصص في الشفاء من المرض النفسي، وفسر الباحثان هذا التغير غير المتوقع في اتجاهات الجمهور إلى التأثير الأساسي لاتجاهات القادة على اتجاهات الجمهور (خليفة :١٩٨٤م :٢٧٢) (خليفة:١٩٨٩م :١٠٣) .

وفي دراسة تحكمية لاحقة تحري فريزير ١٩٧٥م Frazier أنسب الوسائل لتعديل الاتجاهات السلبية نحو المريض العقلي لأن الاتجاهات السالبة تجاه المرضى العقليين تشكل عائقاً أمام تكيفهم وتوافقهم مع المجتمع ، وجرى اختيار عينة تجريبية تبلغ ٥٤ فرداً من طلاب جامعة روديلاند قسمت إلى ثلاثة مجموعات كل منها يتعرض لوسيلة تغيير للاتجاهات ،كما تم الحصول على عينة مقارنة ضابطة للمقارنة قبل وبعد إدخال المتغيرات التجريبية،وجرى قياس أثر

متغيرات تعديل الاتجاهات بأداتين أحدهما مقياس للاتجاهات والآخر مقياس للقلق، وشملت وسائل تغيير الاتجاهات أسلوب العلاج السلوكي المسمى التحصين المنظم وأسلوب برنامج محاضرات ضمن مادة علم نفس غير العاديين وأسلوب ثالث يجمع بين الطريقتين ، وظهر من نتائج الدراسة أن برامج المحاضرات المشتملة على معلومات عن الأمراض العقلية كافي لوحده لإحداث التغير المطلوب في وجهة الاتجاه أما التحصين التدريجي فهو يقلل القلق ولايغير الاتجاهات إلا بمرافقة المحاضرات (غريب : ١٩٩٣م : ٢٠٩).

وفي دراسة أخرى تحرت الين ديوي ١٩٨٨م Dewey أثر التعليم الذي تحدثه محاضرات تلقى لمدة ثلاثة ساعات للتعريف بطبيعة مرض الفصام ودور العلاج المهني له ضمن ورشة مخصصة للمشرفين المبتدئين مع مرضى الفصام ، وجرى اختيار عينتين عشوائية منهم ، الأولى تجريبية تتلقي المحاضرات والثانية ضابطة لاتتلقي المحاضرات ، وتضمنت إجراءات الدراسة تطبيق قائمة الإعزاء الشخصي على المجموعتين قبل وبعد البرنامج بفاصل زمني قدره أربع أسابيع وتقيس هذه القائمة اتجاهات تصف مشاعر المفحوصين في مواقف بيئشخصية مع (مرضى الفصام ، وأفراد مرضى عقليين، وأفراد لايوجد دليل على مرضهم العقلي) وأسفر تحليل البيانات إحصائياً على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس اللاحق للاتجاهات لدى المجموعتين. (موسى: ١٩٩٤م:٣٢٥) .

وفي دراسة أخرى قام ثوماسن ١٩٨٨م Thomasson بدراسة الحاجة المعبرة ومكانة المخاطرة لدى أقارب المرضى ضمن برنامج جماعي للتدعيم التعليمي لإخوة المضطربين فصامياً وانفعالياً ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية خضعت لبرنامج التدعيم التعليمي لمدة ستة أسابيع وأيضاً مجموعة ضابطة،

وتم مسح الحاجات المعبرة لأقارب المرضى العقليين بواسطة استبانة تحوي ٤٢ عبارة تقيس الحاجات ، كما تم الكشف عن الفروق بين أخوة المرضى في المعرفة بالمرض العقلي والعلاج والتوافق والعلاقات بين الأخوة والاتجاهات نحو العاملين في مجال الصحة العقلية ونحو المرضى، وأشارت نتائج المقارنة بين المجموعة التجريبة والضابطة إلى وجود اتجاهات أكثر إيجابية لدى المجموعة التجريبية نحو العاملين في مجال الصحة العقلية ونحو المرضى النفسيين عن المجموعة الضابطة، نتيجة البرنامج الجماعي التدعيمي التعليمي (موسى : ١٩٩٤م : ٢٣٦) .

ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة :

من خلال استعراض الدراسات السابق وفي ضوء نتائجها خرج الباحث بعدد من الملاحظات والأفكار الموجهة لدراسته :

١- تفاوت اتساع اهتمام هذه الدراسات بموضوع الاتجاهات ، فبعض الدراسات اهتم بشمولية الموضوع مثل دراسة (Mehr 1971, Cohen 1962) واقتصر اهتمام بعض الدراسات على الاتجاهات نحو المرض والمريض معاً مثل دراسة (Bentz 1970 ، عبدالخالق ١٩٨٢م، خليفة ١٩٨٩م، شقير ١٩٩٤م، كفافي ١٩٩٤م)، وحصرت بعض الدراسات اهتمامها في الاتجاهات نحو المريض النفسي فقط مثل دراسة (Dewey 1988, Frazier 1975 , Farina 1965) وبعض الدراسات قلصت اهتمامها بجوانب محددة عن المرض النفسي مثل دراسة (أمين ١٩٦٤ م) للاتجاهات نحو أساليب العلاج النفسي ، وبعض الدراسات اهتمت فقط بعناصر محدودة من منظومة الاتجاهات مثل دراسة (عبد الحميد ١٩٧٤م، محمد ١٩٩٤م) لذا فضل الباحث وضع مقياس يخدم أهداف الدراسة يهتم بالاتجاهات نحو المرض من حيث أسبابه

وطرق علاجه ومآل الشفاء منه، ويهتم بالاتجاهات نحو المريض النفسي من حيث الصورة المدركة عنه والمشاعر والسلوكيات نحوه .

٢- تباين تساؤلات الدراسات Kinds of Questions من السعي لاستكشاف الاتجاهات مثل دراسة (Keatinge 1985, Nunnally 1961، خليفة ١٩٨٩ م) أو السعي لتحديد أثر عدد من المتغيرات فيها كالعمر والتعليم والتخصص الدراسي والحالة الاجتماعية والمهنة والجنس مثل دراسة (Cutler 1975 ,George1972، شقير ١٩٩٤م،كفافي ١٩٩٤م) أو تحديد جذور الاتجاهات نحو المريض النفسي مثل دراسة (Kazarian 1987 ,Grmizy 1961) أو علاقة هذه الاتجاهات بمتغيرات الشخصية والسلوك مثل دراسة (, Hobfoll 1981 , Fisher 1971 Tokahata 1960 ، عبد الخالق ١٩٨٢م) أو معرفة العوامل الميسرة لتغيير وتعديل الاتجاهات مثل دراسة (,Bentz 1970 ,Dewey 1988 Frazier 1975) وتشير الصبغة العامة لنتائج هذه الدراسات إلى وجود اتجاهات سلبية نحو المريض النفسي وليست ثابته وقابلة للتعديل والتغير ويؤثر فيها التدريب والتعليم خاصة لدى الاناث وتظهر في شكلها الإيجابي مع الأفراد المتكاملين في ذواتهم والمقدرين للمسئولية ، لذا فضل الباحث استكشاف هذه الاتجاهات في البيئة السعودية والتأكد من تأثير متغير التعليم فيها وتحديد أثر الحالة الاجتماعية والعمر فيها الذي لم تتناوله الدراسات العربية وتحديد علاقتها بالمسئولية الاجتماعية كأحد المتغيرات الرئيسية المرتبطة بالسلوك والشخصية .

٣- اختلفت العينات Samples المستخدمة في الدراسات، حيث استخدمت معظم الدراسات عينات من الطلبة أو الجمهور العام وهؤلاء اتضح أن

منظومتهم المعرفية عن المرض النفسي ناقصة واتجاهاتهم نحو المريض النفسي تتسم بالخوف والسلبية وعدم الثقة وتتحسن اتجاهات الإناث عن المرض مع التقدم في التعليم وفق دراسة (Nunnally 1961 , Farina 1965 ، خليفة ١٩٨٤م ، شقير ١٩٩٤م ، كفافي ١٩٩٤م) ، وبعض الدراسات استخدم عينات من العاملين من المرضى وهؤلاء اتضح أن معارفهم واتجاهاتهم عن المرض والمريض النفسي متناقضة فمنهم من يحمل معارف وآراء واتجاهات موجبة ومنهم من يحمل اتجاهات سالبة تظهر مع انخفاض المستوى المهني ومع ذوي الميول التسلطية وشخصيات العاملين غيرالمتوازنة أو الكبار في السن وفق دراسة(Allsworth 1965, Gilbert 1965, Berger 1981، عبد الخالق ١٩٨٢م) وهناك دراسات استخدمت عينات حضارية مقارنة وتوصلت إلى توفر اتجاهات إيجابية عن مرض الفصام ومرضى الفصام لدى المجموعة الحضارية التي يزيد فيها انتشار الفصام مثل دراسة (Keatinge 1985) ولاتوجد دراسات تناولت عينات من ذوي المرضى سوى دراسة وحيدة أجراها (خليفه ١٩٨٤م) وتمت في البيئة المصرية بينت انتشار اتجاهات سالبة عن المرض والمريض النفسي ، لذا فضل الباحث اختيار عينة من ذوي المرضى لعدم وجود دراسات سعودية تهتم بهم،وعينة أيضاً من العاملين مع المرضى لفحص نتائج الدراسات الأجنبية التي أظهرت نتائج متناقضة حول الاتجاهات التي يحملها العاملون مع المرضى .

٤- لاتوجد دراسات في البيئة السعودية تناولت عينة الذكور في البيئة السعودية والدراسة الوحيدة المتوفرة للباحث دراسة شقير ١٩٩٤م التي

تمت على عينة من الإناث ، لذا فضل الباحث دراسة الاتجاهات لدى عينة من الذكور .

٥- جميع الدراسات تسعى لتصحيح الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي متخذة وجهة نوعية تتفق مع استراتيجية الوقاية من المرض النفسي .

*** فروض الدراسة :**

من خلال الإطار النظري والدراسات السابق صاغ الباحث فروض الدراسة على النحو التالي :

١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية .

٢- يوجد اتجاه عام سلبي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين.

٣- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى .

٤- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً .

٥- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين .

٦- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي باختلاف المستوى العمري .

٧- لاتوجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .

٨- لاتوجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة .

٩- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى.

الفصـــــل الثالث

إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة .
- عينة الدراسة .
- أدوات الدراسة .
- إجراءات التطبيق .
- الأساليب الإحصائية لمعالجة النتائج .

*** منهج الدراسة :**

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي في بحث مشكلة الدراسة لتناسبة مع أهداف الدراسة وصلاحيته للإجابة على افتراضاتها ، حيث تم اختبار الفرضيات بالطرق الإحصائية المناسبة بعد استخلاص متغيرات البحث بأدوات القياس النفسي ، وترجع الحاجة للبحوث الوصفية في العلوم السلوكية لأنها تحقق هدفين أساسيين : أولهما : أنها تزود المهتمين بالمجالات النفسية الاجتماعية بمعلومات دقيقة عن الوضع القائم وهذه المعلومات تؤيد الممارسات القائمة أو ترشد إلى سبل تغييرها نحو ما ينبغي أن يكون ، أما الهدف الثاني : فهو إضافة مزيد من الحقائق والتعميمات إلى رصيد المعرفة بواسطة التعبيرات الكمية التي تصف حجم الظاهرة رقمياً ومقدار تأثرها بمتغيرات أخرى ودرجة ارتباطها بظواهر أخرى مختلفة وهذا يساعد على فهم الظاهرة والتنبؤ بحدوثها على نحو أكثر دقة وهو الهدف العلمي النظري (جابر :١٩٨٥م: ١٣٦) (عبيدات : ١٩٨٧م : ١٨٧) .

***عينة الدراسة :**

تحدد مجتمع الدراسة في الأشخاص الذين يقدمون المساندة للمرضى النفسيين داخل المستشفيات النفسية وفي البيئة الاجتماعية المحيطة ، ولاستخلاص عينة عشوائية ممثلة عُين اثنين من أكبر المستشفيات النفسية بالمنطقة الغربية في المملكة العربية السعودية هما (مستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة) لأنهما يمثلان المنطقة الغربية أصدق تمثيل ويمتدان بخدماتهما إلى ثلاثة مدن رئيسية هي (جدة ، مكة المكرمة، الطائف) ومجموعة واسعة من ضواحي هذه المدن .

وتحصل الباحث على عينة توفرت من عينة عشوائية ممثلة قوامها (٢٠٥) حالة صالحة للمعالجة النهائية ، وذلك بعد استبعاد (٤٥) حالة لم تستكمل بياناتها وتفي بمحددات العينة التالية :

١- تشمل العينة أعضاء الفريق المعالج في المستشفيات النفسية من (أخصائيون الطب النفسي ، الأطباء ، الممرضون ، الأخصائيون الاجتماعيون ، الأخصائيون النفسيون ، المستخدمين) .

٢- تشمل العينة ذوي المرضى النفسيين الذين يتصلون بهم في البيئة الاجتماعية المباشرة من (أهالي المرضى ، أقارب المرضى ، الجيران والأصدقاء).

٣- تقتصر العينة الكلية على الذكور الراشدين فقط ، لاعتبارات تتعلق بقياس متغير المسئولية الاجتماعية حيث تختلف المسئولية بين الذكور والأناث في المجتمع السعودي حسب نظر الباحث .

٤- تقتصر عينة ذوي المرضى على فئة الاضطرابات الوظيفية الذهانية غير العضوية.

وفيما يلي توصيف لخصائص العينة :

أولاً : مجموعات العينة :

توزعت العينة الكلية إلى مجموعة العاملين مع المرضى (١٢٥) حالة ، ومجموعة ذوي المرضى (٨٠) حالة، وتوزعت الخصائص المهنية والقرابية لمجموعات العينة ومصدرها على نحو ما يوضحه جدول رقم (١):

جدول رقم (١) يوضح الخصائص المهنية والقرابية ومصدرها لمجموعات العينة ن = ٢٠٥

مجموعة العاملون ن =١٢٥					مجموعة ذوي المرضى ن = ٨٠				
المهنة	الطائف	جدة	المجموع	نسبتهم	الصلة الاجتماعية	الطائف	جدة	المجموع	نسبتهم
اخصائيون الطب النفسي	٦	٣	٩	٤,٤٪	أهالي المرضى	٢٩	١٥	٤٤	٢١,٤٪
أطباء	٨	١	٩	٤,٤٪	أقارب المرضى	١٧	٩	٢٦	١٢,٧٪
ممرضون	٣٨	٢٣	٦١	٢٩,٨٪	الجيران والأصدقاء	٤	٦	١٠	٤,٩٪
اخصائيون اجتماعيون	١١	٥	١٦	٧,٨٪					
أخصائيون نفسيون	٦	١	٧	٣,٤٪					
مستخدمين	١٦	٧	٢٣	١١,٢٪					
المجموع	٨٥	٤٠	١٢٥	٦١٪	المجموع	٥٠	٣٠	٨٠	٣٩٪

ثانياً : العمر :

توزعت الخصائص العمرية للعينة ومجموعاتها على نحو ما يوضحه جدول رقم (٢):

جدول رقم (٢) يوضح الخصائص العمرية للعينة الكلية ن = ٢٠٥ ومجموعات العينة

المجموعة	عدد الأفراد	المدى العمري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مجموعة العاملون	١٢٥	من ٢١-٦٧عام	٣٤,٩٤	٩,٠٠
مجموعة ذوي المرضى	٨٠	من ٢٠-٦٦ عام	٣٤,١١	١٠,١٠
العينة الكلية	٢٠٥	من ٢٠-٦٧ عام	٣٤,٦٢	٩,٤٣

ثالثاً : الحالة الاجتماعية :

شلمت العينة الكلية (١٥٦) فرد من المتزوجين و (٤٩) فرد من العزاب، وتوزعوا على مجموعات العينة على نحو مايوضحه الجدول رقم (٣):

جدول رقم (٣) يوضح خصائص الحالة الاجتماعية للعينة الكلية ن =٢٠٥ ومجموعات العينة

الحالة الاجتماعية	مجموعة العاملون		مجموعة ذوي المرضى		العينة الكلية	
	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم
متزوجون	٩٨	٧٨,٤٪	٥٨	٧٢,٥٪	١٥٦	٧٦,١٪
عزاب	٢٧	٢١,٦٪	٢٢	٢٧,٥٪	٤٩	٢٣,٩٪
المجموع	١٢٥	١٠٠٪	٨٠	١٠٠٪	٢٠٥	١٠٠٪

رابعاً : المستوى التعليمي :

شملت العينة الكلية كافة المستويات التعليمية، والجدول رقم (٤) يوضح توزيعهم على مجموعات العينة :

جدول رقم (٤) يوضح خصائص المستوى التعليمي للعينة الكلية ن=٢٠٥ ولمجموعاتالعينة

الحالة الاجتماعية	مجموعة العاملين		مجموعة ذوي المرضى		العينة الكلية	
	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم	العدد	نسبتهم
أمي	٤	٣,٢٪	٦	٧,٥٪	١٠	٤,٩٪
يقرأ ويكتب	٥	٤,٠٪	٦	٧,٥٪	١١	٥,٤٪
ابتدائي	٧	٥,٦٪	١٠	١٢,٥٪	١٧	٨,٣٪
متوسط	١٥	١٢٪	١١	١٣,٧٪	٢٦	١٢,٧٪
ثانوي	٥٣	٤٢,٤٪	٣٠	٣٧,٥٪	٨٣	٤٠.٤٪
جامعي	٢٥	٢٠٪	١٥	١٨,٨٪	٤٠	١٩,٥٪
دراسات عليا	١٦	١٢,٨٪	٢	٢,٥٪	١٨	٨.٨٪
المجموع	١٢٥	١٠٠٪	٨٠	١٠٠٪	٢٠٥	١٠٠٪

*أدوات الدراسة :

لاستخلاص متغيرات البحث استخدم الباحث الأدوات التالية :

أولاً : مقياس الاتجاهات نحو المرض النفسي :

أعد هذا المقياس (خليفة : ١٩٨٤م) واستخدمه في دراستين متلاحقة عام ١٩٨٩م وفي آخر صورة معدلة له اشتمل على (٤٦) فقرة موزعة في جزئين على أساس التمييز بين المعتقدات الممثلة في الاعتقاد بالزيف والصحة،والاتجاهات الممثلة في الحب والكراهية، وتضمن الجزء الأول :(٣٤) فقرة موزعة على ابعاد (طبيعة المرض النفسي، أسباب المرض النفسي ، طرق علاج المرض النفسي ، الشفاء من المرض النفسي ، تأثير المريض النفسي على الأسرة) واعتمد ميزان الاستجابة على الاختيار بين ثلاثة بدائل (نعم ، لا ، لا استطيع التحديد)،وتضمن الجزء الثاني: (١٢) فقرة لبعد (المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي) واعتمد ميزان الاستجابة على الاختيار بين خمسة بدائل تمتد بين الدرجة (١) أقصى درجات المعارضة والدرجة (٥)

أقصى درجات الموافقة ، وحُسب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على (٤٩) طالب وطالبة بمدينة القاهرة ، وقدر ثبات جزء المعتقدات بمعامل التوافق للفقرات وأبقى على البنود التي لايقل معاملها عن (٠,٥) وقدر ثبات جزء الاتجاهات بمعامل ارتباط بيرسون لكامل المقياس وبلغ (٠,٨٢) لعينة الطلبة (ن =٢٤) و (٠,٨٧) لعينة الطالبات (ن = ٢٥)،وقدر صدق المقياس العام بطريقة إتساق الأبعاد الداخلي، وإضافة للطريقة السابقة قدر صدق مقياس الاتجاهات بمعامل إرتباط الفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس ، وقد تأكد صلاحية استخدام هذا المقياس في البيئة المصرية.

*** بناء مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي في الدراسة الحالية:**

يدرك الباحث أن أداة قياس الاتجاهات الجيدة التي لاتضع في اعتبارها الفروق الثقافية بين المجتمعات تكون عرضة لأخطاء القياس ، لذا طور الباحث مقياس خليفة ليلائم المجتمع السعودي ، وذلك لأنه من أفضل المقاييس العربية المعدة حول موضوع الدراسة ولأنه طبق في عدة دراسات في المجتمع المصري المشابه للمجتمع السعودي، وفيما يلي خطوات إعداد المقياس الجديد :

١- حدد الباحث إطار المقياس النظري على أساس أن كل عنصر في بناء المقياس يعبر عن جانب وجداني للتفضيل أو عدم التفضيل سواء كان معتقد أو سلوك أو مشاعر، ثم وزعت فقرات مقياس خليفة (١٩٨٩م) في جزئين على أساس التميز بين فقرات الموضوع وفقرات الموقف وليس كما وضعه خليفه (معتقدات وإتجاهات) وبذلك انقسم المقياس إلى (اتجاهات نحو المرض النفسي) و(إتجاهات نحو المريض النفسي) .

٢- وجد الباحث عدد من العبارات التي وضعها خليفة لاتناسب المجتمع السعودي ولاتتفق مع ثقافة فحذف هذه العبارات وعدل البعض الآخر مستفيداً من المقاييس العربية المتوفرة حول هذا الموضوع ، وصاغ عبارات المقياس لتلائم الفهم العام على ضوء النموذج الطبي النفسي الاجتماعي الحديث في عبارات موجبة وسالبة لتحاشي تأثير المسايرة الذي يرد أثناء التطبيق، وتبلورت (٤٦) عبارة جرى توزيعها على أبعاد جديدة تخدم أهداف الدراسة يتجانس بعضها مع أبعاد مقياس خليفه .

٣- عُرض المقياس على (٤٠) (*)طالب دراسات عليا بجامعة أم القرى يدرسون القياس والتقويم النفسي ، وبحكم معرفتهم لمبادئ القياس النفسي والإيضاحات التي شرحها الباحث عن المقياس ، قدموا تعليقاتهم المفيدة حول سلامة توزيع الفقرات على أجزاء المقياس وأبعاده ، وصلاحية التعديلات ووضوحها ، وسلبية وإيجابية الفقرات ، والحاجة للحذف والإضافة .

٤- عُرض المقياس بعد التعديل على (٦) (*)من أساتذة علم النفس بجامعة أم القرى بمكة المكرمة وقدموا ملاحظاتهم القيمة وتوجيهاتهم المثمرة حول ارتباط العبارات بالأبعاد وملائمتها للغرض القياسي بطريقة ليكرت، وإيجابية وسلبية العبارات ، وخرج المقياس في (٣٨) مفردة موزعة على جانبين :

أ- الجانب الخاص بالاتجاهات نحو المرض النفسي : ويقصد به المعرفة بأسباب المرض النفسي البيئشخصية وطرق علاج المرض النفسي وفرص الشفاء من المرض النفسي ، وعدد عباراته (١٨) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد كما يلي :

* اسباب المرض النفسي : وعدد عباراته (١٠) هي (١،٢،٣،٤،٥،٦،٧،٨،٩،١٠).

* طرق علاج المرض النفسي : وعدد عباراته (٥) هي (١٧،١٨،١٩،٢٠،٢١) .

* الشفاء من المرض النفسي : وعدد عباراته (٣) هي (٢٢،٢٣،٢٤).

ب - الجانب الخاص بالاتجاهات نحو المريض النفسي : ويقصد به إدراك صورة المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي ، وعدد عباراته (٢٠) موزعة على بعدين كما يلي :

* صورة المريض النفسي : وعدد عباراته (٦) هي (١١،١٢،١٣،١٤،١٥،١٦).

* المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي : وعدد عبارته (١٤) هي (٢٥،٢٦،٢٧،٢٨،٢٩،٣٠،٣١،٣٢،٣٣،٣٤،٣٥،٣٦،٣٧،٣٨).(انظر المقياس في الملاحق).

---

* - يشكر الباحث كل من الدكاترة : عابد محمد النفيعي ، سعيد بن مانع القحطاني ،عبد المنان معمور بار. عبد الرحيم الجفري ، محمد جعفر جمل الليل ، نبيل السيد حسن، على مساعدتهم وآرائهم القيمة في تحسين المقياس وبنائه ، كما يشكر طلاب الدراسات العليا في مادة بناء الاستفتاء الذين ساهموا بآرائهم ومقترحاتهم القيمة في هذا الخصوص .

*** الخصائص السيكومترية لمقياس الاتجاهات الحالي :**

راعى الباحث المؤشرات العلمية السيكومترية اللازمة لاستخدام نتـائج المقيـاس والضرورية لتعميم استخدامه في دراسات لاحقة إن شاء الله ، وفيما يلـي تفصيـل هـذه المؤشرات المستمدة من عينة الدراسة الحالية :

أ- ثبات المقياس :

للحصول على مؤشرات الثبات أُستخدمت ثلاثة طرق هي :

١- التناسق الداخلي لكامل المقياس بطريقة الفا Alpha: ظهـر ثبـات جيـد للمقيـاس الكلي يساوي (٠,٧٦) وهو معامل ثبات مقنع في العلوم الإنسـانية وعـال إذا احتكـم لعدد فقرات المقياس البالغ (٣٨) فقرة ، فكما هو معروف(أن هناك علاقـة بـين عـدد المفردات ومعامل الثبات) (الصيرفي : ١٤٠٨هـ : ٨٠) .

٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة الفا Alpha : دلت قيم الثبات لكـل بُعد في المقياس على مؤشرات ثبات معتدلة خاصة إذا احتكم لعدد فقـرات الأبعـاد المحدود كما يظهر في جدول رقم (٥) :

جدول رقم (٥) يوضح ثبات الفا كرونباخ لأبعاد مقياس الاتجاهات حيث ن =٢٠٥

البعد	عدد الفقرات	معامل ثبات ألفا
أسباب المرض النفسي	١٠	٠,٣٣
صورة المريض النفسي	٦	٠,٥١
طرق علاج المرض النفسي	٥	٠,٤٧
الشفاء من المرض النفسي	٣	٠,٠٧
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	١٤	٠,٧٤
المقياس الكلي	٣٨	٠,٧٦

٣- ثبات التجزئة النصفية بطريقة ألفا Alpha : ظهر ثبات جيد بين عبـارات المقيـاس الفردية والزوجية يسـاوي (٠,٤٨)،وبعـد تصحيحـه لكـامل المقيـاس بمعـامل سـبيرمان وبراون بلغ (٠,٦٥) وهو معامل ثبات مقنع في العلوم الإنسانية ، وجيد إذا علمنـا أن

عينة التقنين التي اقتضتها الدراسة كبيرة (ن =٢٠٥) وغير متماثلة وتتفاوت مستويات صعوبة المفردات لديها باختلاف خصائصها .

ب- صدق المقياس :

استخرجت مؤشرات الصدق من عينة الدراسة الحالية بثلاثة طرق :

١- الصدق المنطقي : وحصلت فقرات المقياس على نسبة اتفاق بين المحكمين تتراوح بين (٨٣٪-١٠٠٪) .

٢- صدق المحتوى : وأشارت دلالات ارتباط بيرسون Person على اشتراك جميع تفاصيل المقياس على قياس نفس الاتجاه ، وتحددت مؤشرات الصدق في التالي :

- صدق ارتباط الفقرات بالمقياس الكلي : ظهر ارتباط جميع الفقرات مع المجموع الكلي إرتباطاً موجباً ذو دلالة حيث ن = ٢٠٥، عدا فقرتين (١٠،١٩) أظهرت إرتباطاً حدياً وفقرتين فقط.(٤،٣١) غير مرتبطة.(انظر معاملات الإرتباط في جدول رقم(٢١) الملحق بمقياس الإتجاهات) .
- صدق ارتباط الفقرات مع أبعادها : وظهر ارتباط جميع الفقرات مع أبعادها ارتباطاً إيجابياً ذو دلالة عدا الفقرتين (٤،٣١) اتضح عدم ارتباطها بأبعادها.(انظر معاملات الإرتباط في جدول رقم(٢٢) الملحق بمقياس الاتجاهات) .
- صدق ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي : وظهر ارتباط جميع الأبعاد بالمقياس الكلي عند مستوى دلالة قوي أقل من (< ٠,٠٠٠) كما هو مبين في جدول رقم (٦):

جدول رقم (٦) يبين علاقة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات والمجموع الكلي

البعد	معامل الارتباط بالمجموع الكلي	دلالة الارتباط
اسباب المرض النفسي	٠,٥١	***
صورة المريض النفسي	٠,٦٧	***
طرق علاج المرض النفسي	٠,٤١	***
الشفاء من المرض النفسي	٠,٥٨	***
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٠,٨٦	***

*** تعنى الارتباطات دالة احصائياً عند مستوى أقل < ٠,٠٠٠

• صدق الإرتباط المتبادل بين الأبعاد : وجاءت أغلب الارتباطات الداخلية بين أبعاد المقياس دالة إحصائية ، ورغم عدم ارتباط بعض الأبعاد ببعضها كما يظهر في مصفوفة الإرتباط إلا أنه لاينفي صدقها في ظل ارتباطها القوي بالمقياس الكلي، وقد يرجع ذلك لانخفاض عدد فقرات هذه الأبعاد ، والجدول التالي يوضح معاملات الإرتباط المتبادل بين الأبعاد :

جدول رقم (٧) يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس الاتجاهات

تدرج الأبعاد المتبادلة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس
أسباب المرض النفسي	١,٠٠	٠,٠٩	٠,١٦ *	٠,٢٠**	٠,٢٠**
صورة المريض النفسي		١,٠٠	٠,٢١**	٠,٣٧***	٠,٥٠***
طرق علاج المرض النفسي			١,٠٠	٠,٠٦	٠,١٣
الشفاء من المرض النفسي				١,٠٠	٠,٤٧***
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي					١,٠٠

*** دالة إحصائياً عند < ٠,٠٠٠ ** دالة إحصائية عند <٠,٠٠ *دالة إحصائياً عند <٠,٠٥

٣- صدق وحدة المقياس : وذلك بحساب مساهمة مفردات المقياس في تعزيز الصدق عند استبعاد المفردة باستخدام معامل الفا Alpha وقد اتضح أن جميع المفردات تساهم بصورة متقاربة في تعزيز صدق وحدة المقياس.(انظر جدول (٢٣) الملحق بمقياس الاتجاهات) .

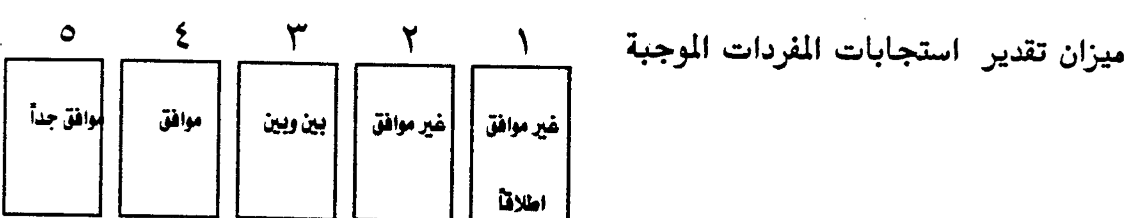
*** ميزان تصحيح مقياس الاتجاهات في الدراسة الحالية :**

عند بناء مقياس الاتجاهات اتبع الباحث الطرق الفنية لتحاشي التأثيرات النفسية التي ترد أثناء التطبيق، وصاغ المقياس في مفردات موجبة وسالبة ، وبلغت المفردات الموجبة (١٨) مفردة والمفردات السالبة (٢٠) مفردة على نحو تسلسل فقرات المقياس التالي :

أرقام المفردات الموجبة (ن=١٨)	٥	٦	٧	٨	٩	١٣	١٥	١٨	١٩
٢٠	٢٢	٢٩	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٧	

أرقام المفردات السالبة (ن=٢٠)	١	٢	٣	٤	١٠	١١	١٢	١٤	١٦
١٧	٢١	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٣٠	٣٦	٣٨

وعكس مدرج الإجابة الاختيار بين خمسة بدائل على طريقة ليكرت ، تمتد بين الدرجة (١) أقصى درجات المعارضة والدرجة (٥) أقصى درجات الموافقة للمفردات الموجبة، وبالعكس في المفردات السالبة حيث تعتبر الدرجة (١) أقصى درجات الموافقة والدرجة (٥) أقصى درجات المعارضة ، كما يظهر أدناه :



ميزان تقدير استجابات المفردات السالبة ٥ ٤ ٣ ٢ ١

ثانياً : مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية :

أعد هذا المقياس (الحارثي : ١٩٩٥م) هو مقياس حديث لقياس التصرفات السلوكية للمسئولية الشخصية الاجتماعية، ويعتبر أداة للميل السلوكي ودرجة الأفراد في المسئولية ضمن المواقف المختلفة .

وهدف معد المقياس بناء مقياس حديث يتجاوب مع الطبيعة الثقافية والأطر المرجعية والتغيرات المستجدة في المجتمع السعودي،لعدم توفير مقاييس علمية مقننة على البيئة السعودية للمسؤولية ، والمتوفر منها قديم لاينسجم مع حاجة المجتمع السعودي لإضافات علمية رصينة لتقدير المسئولية خاصة وأن هناك ملاحظات صحفية تخمينية تشير إلى انخفاض مستوى المسئولية ، إضافة إلى حاجة طلبة الدراسات العليا لهذه الأدوات العلمية لتقدير تحمل أفراد المجتمع السعودي للمسئولية والمساهمة في الحفاظ على ثمار الجهود المضنية التي بذلت في خطط التنمية السعودية الخمسية في السنوات الماضية .

وبنيت فقرات النسخة المبدئية للمقياس من مراجعة أدبيات تراث المسئولية الإسلامية والمقاييس العربية والأجنبية الرائدة ، وأفادت هذه النسخة من تعليقات (٥٠) دارس للقياس والتقويم في برنامج مخصص للدراسات العليا ساهموا في تحديد معنى المسئولية وتقديم مرئياتهم على النسخة المبدئية، وبعد إعداد الصورة الأولية

للمقياس نوقشت بنوده مع (١١) محكماً من أساتذة علم النفس بجامعة أم القرى والعديد من المختصين خارجها،لتستقر على (٩٢) فقرة حذف منها (٢٢) ليتكون المقياس النهائي من (٧٠) فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي :

١- المسئولية الشخصية : ويقصد بها شعور الشخص ووعية لمسئوليته نحو ذاته وأسرته المباشرين فقط ، وخصص له (١٣) فقرة هي:(٨،١١،١٤،١٦،٢٥،٥٢،٥٥،٥٦،٥٧،٦٠،٦٥،٦٦،٦٧) .

٢- المسئولية الأخلاقية : ويقصد بها الضمير وشعور الشخص بقيمه وسلوكه المسئول نحو المبادئ الأخلاقية الإسلامية والإنسانية وخصص له (١٥) فقرة هي: (٥، ٩، ١٠، ١٥، ١٩، ٢٦، ٢٧، ٣١، ٣٤، ٣٥، ٣٨، ٣٩، ٤٦، ٥١، ٦٩) .

٣- المسئولية الوطنية : ويقصد بها غيرة الشخص وإحساسة والتزامه الخلقي والسلوكي نحو وطنه وسمعته ومكانته وخصص له (١٥) فقرة هي: (١٧، ٢١، ٢٢، ٢٤، ٣٣، ٣٦، ٤١، ٤٧، ٥٠، ٥٨، ٦١، ٦٢، ٦٤، ٦٨، ٧٠) .

٤- مسئولية الفرد نحو أفراد مجتمعه وقضاياهم : ويقصد به الإحساس بالمسئولية نحو أفراد المجتمع وقضاياهم التربوية والاجتماعية والتفاعل معها ومع الروابط الاجتماعية وخصص له (١٣) فقره هي:(٢،٣،٤،٦،٢٠،٢٨،٢٩،٣٢،٤٢،٤٩،٥٤،٥٩،٦٣).

٥- المسئولية نحو البيئة والنظام : ويقصد به إحساس الأفراد ووعيهم وممارستهم لمسئوليتهم نحو البيئة الخاصة والعامة والصحة العامة والنظافة وخصص له (١٤) فقرة هي: (١،٧،١٢،١٣،١٨،٢٣،٣٠،٣٧،٤٠، ٤٣،٤٤،٤٥،٤٨،٥٣) (انظر المقياس في الملاحق) . وراعي معد المقياس عند التقنين اختيار عينة عشوائية كبيرة ممثلة للحصول على المؤشرات السيكومترية بلغت (٥٢٢) حالة بعد استبعاد (٧٨) حالة غير صالحة للتحليل النهائي ، وشملت (أطباء ، معلمين، عسكرين ، موظفين، تجار ، طلبة ، متقاعدين ..) من مدينة (الطائف ومكة المكرمة وجدة) وترواحت أعمارهم بين (١٧-٥٨) عام بمتوسط عمري بلغ (٢٩,٧٥) عام وإنحراف معياري قدرة (٧,٩٤) .

وجاءت المؤشرات السيكومترية اللازمة لتعميم استخدام المقياس وتحديد صلاحيته مشيرة إلى ثبات وصدق عالي شجع الباحث على تطبيقه في دراسته ، وحصل معد المقياس على الثبات بثلاثة طرق هي :

١- التناسق الداخلي لكامل المقياس بطريقة الفا Alpha : وبلغ معامل الثبات (٠,٨٨) .

٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة ألفا Alpha : وترواحت قيم الثبات لكل بُعد في المقياس بين (٠,٥٢ - ٠,٧١) وهي معاملات ثبات جيدة .

٣- ثبات التجزئة النصفية للمقياس بطريقة بيرسون Person : وظهر ثبات عالي للمقياس بين عباراته الفردية والزوجية قدره (٠,٧٥) عند مستوى دلالة أقل من (<٠,٠٠٠) .

كما حصل معد المقياس على مؤشرات الصدق بعدة طرق هي:

١- صدق المحتوى : فأشارت دلالات الإرتباط الإحصائية على اشتراك جميع تفاصيل المقياس على قياس نفس السمة ، فجاءت ارتباطات بيرسون Person بين الفقرات والمجموع الكلي والفقرات وأبعادها جميعها إيجابية ودالة عند مستوى أقل من (<٠,٠٠٠) حيث العينة (ن = ٥٢٢)،وجاءت إرتباطات الأبعاد بالمقياس الكلي والإرتباطات المتبادلة بين الأبعاد أيضاً إيجابية ودالة إحصائياً عند مستويات عالية أقل من (< ٠,٠٠٠) .

٢- صدق معاملات :تمييز الفقرات باستخدام اختبار T. Test بين الثلث الأعلى والثلث الأدني لكل فقرة من فقرات المقياس السبعين : وظهر أن التباينات دالة على صدق جميع الفقرات لقياس ما وضعت لأجلة عدا الفقرتين رقم (٤٤،٦٥) في المقياس لم توضح دلالات تمييز إحصائية .

٣- صدق المحكات : وظهر صدق مقياس المسئولية في قياس نفس التضمينات الثقافية التي تقيسها مقاييس أخرى، فقد طبق معد المقياس على نفس عينته مقياس مراقبة الذات الذي سبق أن عربه وقننه على البيئة العربية عام ١٩٩١م عن مقياس سنايدر (Snyder 1974) وهو مقياس يلتقي نظرياً مع مفهوم المسئولية الاجتماعية حيث

تترجم الدرجة المرتفعة من ضبط الذات اتساق الشخصية وانسجام سلوك الأفـراد مع مبادئهم وقيمهـم الـتي يحملونهـا ، وعنـد إجـراء ارتبـاط بيرسـون بـين أبعـاد المسئولية ومراقبـة الـذات ، ظهـرت علاقـة ارتبـاط موجبـة ودالـة إحصائيـاً بـين بُعـد المسـئولية الأخلاقية ومراقبة الذات ولم تظهر مع بقية الأبعاد الأخرى ، كون هـذا البعـد ومراقبـة الذات يشتركان في نفس المضامين الثقافية وهي المبادئ والقيم الاخلاقية .

*** الخصائص السيكومترية لمقياس المسئولية في الدراسة الحالية :**

طبـق البـاحث مقيـاس المسئولية الشـخصية الاجتماعيـة علـى عينـة دراسـته دون أي تعديلات،واستخر ج مؤشرات الثبات والصدق، ووردت على النحو التالي :

أ- ثبات المقياس :

للحصول على مؤشرات الثبات من عينة الدراسة الحالية استخدمت ثلاثة طرق هي :

١- التناسق الداخل لكامل المقياس بطريقة ألفا Alpha:وظهر ثبات مرتفـع للمقيـاس الكلي يساوي (٠,٨٨) وهو معامل ثبات مقنع جداً في العلوم الإنسانية .

٢- التناسق الداخلي لأبعاد المقياس بطريقة ألفا Alpha:ودلت قيم الثبات لكـل بعـد في المقياس على مؤشرات ثبات جيدة، كما يظهر في جدول رقم (٨) :

جدول رقم (٨) يبين ثبات الفا كرونباخ لأبعاد مقياس المسئولية حيث ن = ٢٠٥

البعد	عدد الفقرات	معامل ثبات ألفا
المسئولية الشخصية	١٣	٠,٦٥
المسئولية الأخلاقية	١٥	٠,٦٠
المسئولية الوطنية	١٥	٠,٦٩
المسئولية عن أفـراد المجتمـع وقضاياهم	١٣	٠,٤٩
المسئولية نحو البيئة والنظام	١٤	٠.٧٨
المقياس الكلي	٧٠	٠.٨٨

٣- ثبات التجزئة النصفية بطريقة ألفا Alpha:وظهر ثبات جيد بين عبارات المقياس الفردية والزوجية يساوي (٠,٧١) وبعد تصحيحه لكامل المقياس بمعامل سبيرمان وبروان بلغ (٠,٨٣) وهو معامل ثبات عالٍ ، ومقنع جداً في العلوم الإنسانية .

ب- صدق المقياس :

إضافة إلى مؤشرات الصدق التي استخدمها (الحارثي : ١٩٩٥م) استخرج الباحث مؤشرات صدق المحتوى لتفاصيل المقياس بطريقة بيرسون Pearson،وصدق وحدة المقياس بمعامل ألفا Alpha وجائت على النحو التالي :

١- صدق إرتباط الفقرات بالمقياس الكلي : وظهر ارتباط جميع الفقرات مع المجموع الكلي إرتباطاً إيجابياً ذو دلالة حيث ن = ٢٠٥، عدا الفقرات (٢،٦،٢٥) أظهرت إرتباطاً موجباً حدياً ، أما الفقرات (٢٦،٢٨،٣٣) فلم يظهر ارتباطها، وعكست الفقرة (٢٨) علاقة سالبة بالمقياس.(انظر معاملات الإرتباط جدول (٢٤) الملحق بمقياس المسئولية) .

٢- صدق ارتباط الفقرات مع أبعادها:وظهور إرتباط جميع الفقرات مع أبعادها إرتباطاً إيجابياً ذو دلالة.(انظر معاملات الإرتباط في جدول (٢٤) الملحق بمقياس المسئولية) ..

٣- صدق إرتباط الأبعاد بالمقياس الكلي : وظهر إرتباط جميع الأبعاد بالمقياس الكلي عند مستوى دلالة قوي أقل من (<٠,٠٠٠) كما يظهر في جدول رقم (٩) :

جدول رقم (٩) يبين علاقات إرتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسئولية والمجموع الكلي

البعد	معامل الارتباط بالمجموع الكلي	دلالات الإرتباط
المسئولية الشخصية	٠,٥٦	***
المسئولية الاخلاقية	٠,٨١	***
المسئولية الوطنية	٠,٨٥	***
المسئولية عن أفراد المجتمع وقضاياهم	٠,٧٣	***
المسئولية نحو البيئة والنظام	٠,٨٢	***
*** تعنى الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى أقل <٠,٠٠٠		

٤- صدق الارتباط المتبادل بين الأبعاد : وجاءت جميع الارتباطات الداخلية بين أبعاد المقياس دالة احصائية عند مستوى قوي أقل من (< ٠,٠٠٠)، عدا علاقة المسئولية الشخصية بالمسئولية نحو البيئة والنظام كانت ذات دلالة إرتباطية أقل من (< ٠,٠)وهو الشئ المنطقي الذي يؤكد جودة المقياس كون المسئولية الشخصية الخاصة والمسئولية نحو البيئة والنظام يوجدان على قطبين متضادين على متصل المسئولية،كما يظهر في الجدول رقم (١٠) :

جدول رقم (١٠) يبين مصفوفة ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المسؤولية

تدرج الأبعاد المتبادلة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس
المسئولية الشخصية	١,٠٠	٠,٣٧***	٠,٣٨***	٠,٣٤***	٠,١٦*
المسئولية الاخلاقية		١,٠٠	٠,٦٠***	٠,٤٩***	٠,٦١***
المسئولية الوطنية			١,٠٠	٠,٥٠***	٠,٦٩***
المسئولية عن أفراد المجتمع وقضاياهم				١,٠٠	٠,٥٤***
المسئولية نحو البيئة والنظام					١,٠٠

*** دالة إحصائيا عند < ٠,٠٠٠ * دالة إحصائياً عند < ٠,٠

٥- صدق وحدة المقياس : وذلك بحساب مساهمة مفردات المقياس في تعزيز صدق المقياس عند إستبعاد المفردة باستخدام معامل ألفا **Alpha** ، واتضح أن أغلب المفردات تساهم بصورة فعالة في تعزيز صدق المقياس ، وظهر أن جميع المفردات تساهم بصورة متقاربة في زيادة معامل ألفا،وتأكد رؤية الباحث في الإبقاء على الفقرتين (٦٥،٤٤) دون تعديل.(انظر مساهمة المفردات في تعزيز معامل ألفا في جدول (٢٥) الملحق بمقياس المسئولية) .

*** ميزان تصحيح مقياس المسئولية :**

جرى تصحيح مفردات مقياس المسئولية على غرار ما وضعه معد المقياس، ورُوعي فروق التصحيح بين المفردات الموجبة والسالبة التي وضعت لتحاشي المسايرة والتأثيرات النفسية المختلفة التي ترد في حالة التطبيق، وبلغ عدد المفردات الموجبة (٤٤) مفردة والمفردات السالبة (٢٦) مفردة على نحو تسلسل فقرات المقياس التالي:

أرقام المفردات الموجبة (ن=٤٤)					١	٢	٣	٤	٧	٩	١٠	١٢	١٣	١٤
١٥	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٣٠	٣١	٣٢	٣٧	٣٨	٤٠
٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٣	٥٤	٥٨	٥٩	٦٢
٦٣	٦٤	٦٥	٦٨											

أرقام المفردات السالبة (ن=٢٦)					٥	٦	٨	١١	١٦	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩
٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٩	٤٦	٥٢	٥٥	٥٦	٥٧	٦٠	٦١	٦٦	٦٧	٦٩
٧٠														

وعكس مدرج الإجابة الاختيار بين ثلاثة بدائل ، فقدرت استجابات المفردات الموجبة بالدرجات التالية (يحدث غالباً = ٣ درجات، يحدث أحياناً = درجتين ، نادرا ما يحدث =' الدرجة ١) ، وقدرت درجات العبارات السالبة بالعكس على النحو التالي (يحدث غالباً = الدرجة ١ ، يحدث أحياناً = درجتين ،نادراً ما يحدث=٣درجات) .

ثالثاً : استمارة البيانات الأولية :

وهي أداة أعدها الباحث تؤدي مهمة بحثية محددة، وتتحدد جدواها في استخلاص المتغيرات الديموجرافية المستهدفة في الدراسة وهي المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية،المستوى العمري .

***إجراءات التطبيق :**

بعد تحديد مجال الدراسة المكاني بمستشفى الصحة النفسية بالطائف وجدة ، وبعد تحديد مجتمع الدراسة البشري في العاملين مع المرضى وذوي المرضى النفسيين الوظيفيين من الذكور ، وبعد تحديد الفترة الزمنية للتطبيق في الفصل الدراسي الجامعي الأول لعام ١٤١٧هـ، تم إجراء الخطوات التالية :

١- تم القيام بزيارة أولية لمستشفى الصحة النفسية بجدة لتحديد مبدئي لمجتمع الدراسة والأوقات المناسبة لإجراء التطبيق والمواقع التي يتواجد فيه أفراد العينة، والفرص المتاحة الميسرة للتطبيق ، ولم يكن هناك حاجة لمثل هذه الزيارة لمستشفى الصحة النفسية بالطائف بحكم عمل الباحث كأخصائي إجتماعي وأحد أعضاء الفريق المعالج بمستشفى الصحة النفسية بالطائف .

٢- تم مكاتبة المستشفيات التي ستجري فيها التطبيق ، وتم الحصول على الإذن اللازم لتطبيق أدوات الدراسة.(انظر الخطابات في الملاحق) .

٣- تم تطبيق أدوات الدراسة على عينات البحث بعد التنسيق المسبق مع رؤساء الخدمة الاجتماعية وبعض رؤساء الأقسام الفنية لتطبيق أدوات الدراسة على منسوبيهم فردياً وإلمامهم بشروط التطبيق ، كما تم الاستعانة بأعضاء الفريق المعالج في الحصول على عينات ذوي المرضى وقام الباحث بالتطبيق المباشر على أكثر الحالات واستعان في مدينة جدة والطائف بالمختصين في الأدوات النفسية لرفع العائد المتاح من الحالات .

٤- ظهرت بعض الصعوبات أثناء التطبيق مثل ظهور الضيق على أفراد عينة ذوي المرضى راجع لعدم رغبتهم البقاء طويلاً في المستشفى،وبعضهم لم يكمل الاستجابة على الأدوات ، كما تم التحصل على حالات لاتنطبق عليها شروط العينة ، وجرى استبعاد الاستجابات غير المكتملة التي لم تفي بشروط العينة .

الأساليب الاحصائية لمعالجة النتائج :

تم استخدام ثلاثة أساليب إحصائية لمعالجة أدوات الدراسة هي :

١- معامل ألفا Alpha: وهذه الصورة الخاصة لتقدير الثبات عندما تكون درجات المقياس المستخدمة على هيئة مقياس فئوي ، واقترحه كرونباخ عام ١٩٥١م،(ويقدر عن طريق متوسط معاملات الارتباطات الداخلية بين مفردات المقياس وعدد المفردات المكونة له).(الصيرفي : ١٤٠٨هـ : ٧٦) .

٢- معامل إرتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient : وهو الصورة الأكثر شيوعاً لتحديد العلاقة بين متغيرين ووجهتها، (وتعتمد معادلته على حاصل ضرب الفروق عن وسط حسابي لمتغيرين).(عمران :١٩٨٨م:٢٣٨)

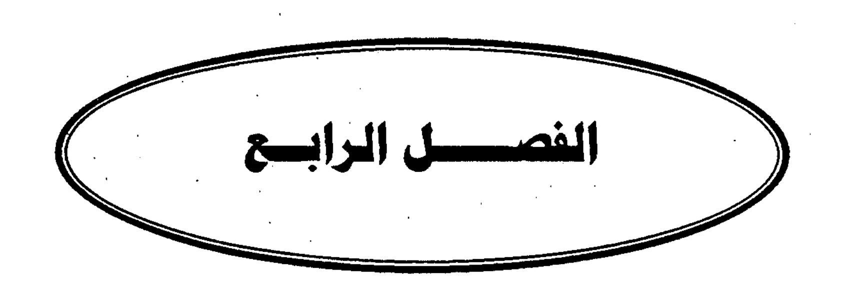
٣- معامل سبيرمان وبراون Spearman & Brown Coefficient : (ويستخدم لتصحيح معامل ثبات التجزئة النصفية الذي يعطي ثبات نصف الإختبار وبواسطة هذا المعامل يتم الحصول على ثبات الاختبار ككل). (أبوحطب:١٩٨٢م : ٨٨) .

كما استخدمت الأساليب الإحصائية التالية لاختبار فروض الدراسة وهي :

١- المتوسط الحسابي Mean ، والإنحراف المعياري-Standard Deviation،والرسوم البيانية لإختبار الفرضين الأول والثاني .

٢- اختبار (ت) T.Test لدلالة الفروق بين متوسطي مجموعتين ، لإختبار الفرض الثالث والرابع والخامس والسادس والتاسع .

٣- إرتباط بيرسون بين متغيرين Pearson Correlation لإختبار الفرض السابع والثامن .



الفصــــل الرابــع

نـتائج الدراسة

- عرض نـتائج الدراسة وتـفسيرها .

* عرض نتائج الدراسة وتفسيرها :

الفرض الأول :

(يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية).

وللتحقق من الفرض استخدم الباحث المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لاتجاهات العاملين مع المرضى (ن = ١٢٥) لتحديد تركز وتشتت استجابات العاملين على القطب الموجب أو السالب لمقياس الاتجاهات العام نحو المرض والمريض النفسي .

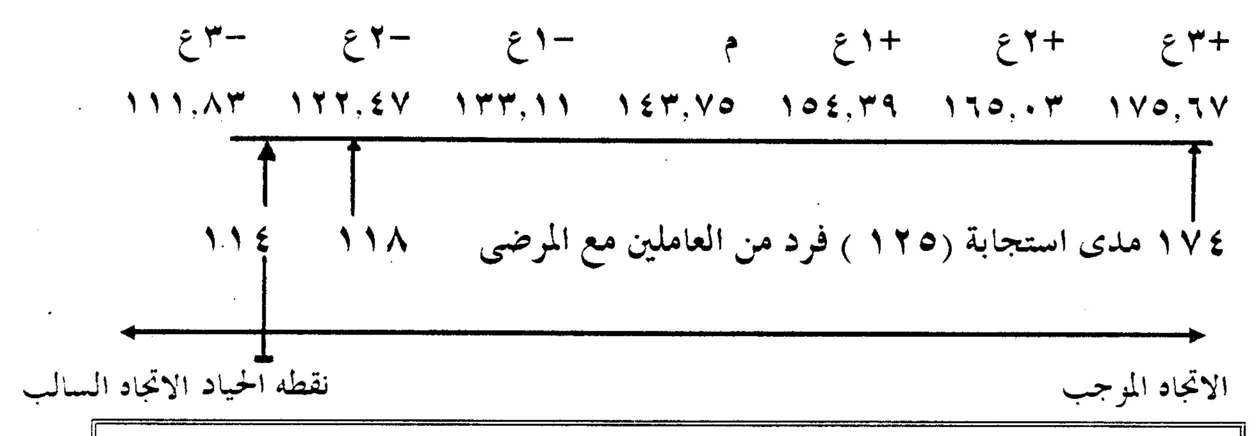
وحدد الباحث أولاً : نقطة الحياد الفرضية على مقياس الاتجاهات العام الفاصلة بين القطب الموجب والسالب ، حيث وجد من مراجعة ميزان تصحيح فقرات المقياس أن عدد الفقرات يبلغ (٣٨) فقرة وأعلى درجة للفقرة يبلغ (٥ درجات) فعليه تكون قمة الاتجاه الموجب تساوي (٣٨×٥=١٩٠) درجة ، كما أن أدني درجة للفقرة يبلغ (درجة واحدة) فعلية تكون نقطة الاتجاه السالب الدنيا تساوي (٣٨×١=٣٨) درجة ، وأما الدرجة الوسطية للفقرة فتبلغ (٣ درجات) وعليه تكون نقطة الحياد الفرضية المتوسطة بين القطب الموجب والسالب تساوي (٣٨×٣=١١٤) درجة ، فما يزيد عنها يمثل اتجاه موجب وما يقل عنها يمثل اتجاه سالب .

ثم قارن الباحث ثانياً : المتوسط الحسابي الذي تنزع اتجاهات عينة العاملين للتركيز عليه والبالغ (١٤٣,٧٥) درجة المبينة في الجدول أدناه مع نقطة الحياد (١١٤) درجة ، واتضح زيادة المتوسط عن درجة الحياد ، بمعنى أن اتجاهات عينة العاملين تتركز على قطب مقياس الاتجاهات الموجب، وبذلك يتحقق الفرض الأول مبدئياً .

جدول رقم (١١) يوضح البيانات الوصفية الإحصائية للعاملين مع المرضى على مقياس الاتجاهات العام

الخصائص	البيانات الإحصائية	الخصائص	البيانات الإحصائية
عدد أفراد العينة	١٢٥	أقل استجابة لأفراد العينة	١١٨
المتوسط الحسابي	١٤٣,٧٥	أعلى استجابة لأفراد العينة	١٧٤
الإنحراف المعياري	١٠,٦٣٩	المدى	٥٦

ولاكتمال فحص الفرض استخلص الباحث ثالثاً : البيانات الوصفية الإحصائية لاتجاهات العاملين مع المرضى المبينة في الجدول رقم (١١) لمعرفة تشتت استجابات العاملين الممثلة بالرسم البياني باستخدام وحدات الانحراف المعياري عن المتوسط، لتقسيم استجابات العينة إلى مسافات متساوية تمثل متصل يمكن عليه تحديد نقطة الحياد ومدى انتشار استجابات العينة ، كما يظهر في الشكل رقم (١) .



شكل رقم (١) يوضح تشتت اتجاهات العاملين على مقياس الاتجاهات العام

ومن الشكل يتضح أن نقطة الحياد (١١٤) درجة تقع متطرفة عن مركز التجمع على أقصى إنحراف معياري (-٣ع)،وتتشتت جميع استجابات العينة (ن=١٢٥) على قطب الاتجاهات الموجب ضمن مدى (٥) قيم إنحرافية تزيد عن نقطة الحياد ، ولاينتشر على قطب الاتجاهات السالب أي استجابات لأفراد العينة أبدا. وبذلك يمكن القول أن اتجاهات العاملين مع المرض تشتت كلياً في الوجهة الإيجابية وهو ما يحقق الفرض الأول كلياً .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Keatings: 1985) التي وجدت اتجاهات أكثر إيجابية في المناطق التي ترتفع فيها نسبة مرضى الفصام ، وتدل هذه النتيجة على توفر اتجاهات إيجابية قائمة في المؤسسة الطبية كوحدات اجتماعية تسهل علاج ومساندة المريض النفسي ، وتعني هذه النتيجة على ضوء دراسة (Mehr :1971) إن هذه الاتجاهات ترتبط بدور المساعدة المتوقع من هؤلاء العاملين ، وعلى ضوء

دراسة(Bentz:1970 , Frazier:1975) تكونـت هـذه الاتجاهـات الإيجابيـة نتيجـة تأثير إدارات هذه المؤسسات على اتجاهات بقيـة العـاملين فيهـا،وأيضـاً تأثـير الـدورات التدريبية المباشر في تعديل اتجاهات العاملين،حيـث تعقـد في مستشـفى الصحـة النفسـية بالطـائف سـنوياً دورات تدريبيـة للممرضـين والأخصـائيين الاجتمـاعين والنفسـيين مـن عموم المملكة لتعريفهم بالأمراض النفسية وأسبابها وطرق علاجها وتأهيلها أيضاً .

الفرض الثاني :

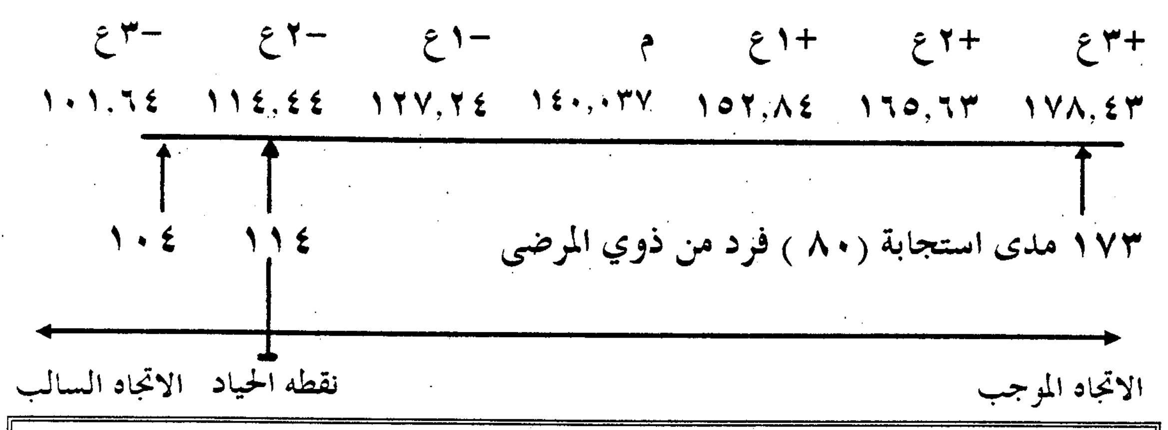
(يوجد اتجاه عام سلبي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسيين). وللتحقق من هذا الفرض استخدم الباحث المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري لاتجاهات ذوي المرضى (ن = ٨٠) لتحديد تركز وتشتت استجابات ذوي المرضى على القطب الموجب أو السالب لمقياس الاتجاهات العام نحو المرض والمريض النفسي .

وبعد أن حدد الباحث نقطة الحياد الفرضية على مقياس الاتجاهات العام الفاصلة بين القطب الموجب والسالب على غرار ماجرى في الفرض الأول والبالغة (١١٤) درجة، عمل على مقارنة المتوسط الحسابي الذي تنزع اتجاهات عينة ذوي المرضى للتركز عليه والبالغ (١٤٠,٠٤) درجة بنقطة الحياد ، واتضح زيادة المتوسط عن درجة الحياد، بمعنى أن اتجاهات عينة ذوي المرضى تتركز على قطب مقياس الاتجاهات الموجب ، وبذلك ينتفي الفرض الثاني مبدئياً ، ويرى الباحث سبب التحسن في إتجاهات ذوي المرضى الذكور راجع لزيادة إهتمام المعالجين بمقابلة ذوي المرضى والإتصال بهم وتعريفهم باضطرابات مرضاهم وكيفية التعامل معهم وتعريفهم بأسباب المرض النفسي وكيفية علاجه .

جدول رقم (١٢) يوضح البيانات الوصفية الإحصائية لذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام

الخصائص	البيانات الإحصائية	الخصائص	البيانات الإحصائية
عدد أفراد العينة	٨٠	أقل استجابة لأفراد العينة	١٠٤
المتوسط الحسابي	١٤٠,٠٤	أعلى استجابة لأفراد العينة	١٧٣
الإنحراف المعياري	١٢,٧٩٩	المدى	٦٩

ولاكتمال فحص الفرض استخلص الباحث البيانات الوصفية الإحصائية لاتجاهات ذوي المرضى المبينة في الجدول رقم (١٢) لمعرفة تشتت استجابات ذوي المرضى المختلفة الممثلة بالرسم البياني ، باستخدام وحدات الإنحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لتقسيم استجابات العينة إلى مسافات متساوية تمثل متصل يمكن عليه تحديد نقطة الحياد ومدى انتشار استجابات العينة كما سيظهر في الشكل رقم (٢).



شكل رقم (٢) يوضح تشتت اتجاهات ذوي المرضى على مقياس الاتجاهات العام

ومن الشكل يتضح أن نقطة الحياد (١١٤) درجة تقع متطرفة عن مركز التجمع على إنحراف معياري (-٣ع) ، وتشتت أغلب استجابات العينة (ن = ٨٠) على قطب الاتجاهات الموجب ضمن مدى (٥) قيم انحرافية تزيد عن نقطة الحياد ، ولايقل عن نقطة الحياد على قطب الاتجاهات السالب سوي قيمة انحرافية (واحدة فقط) عند (-٣ع)،وبذلك يمكن القول أن اتجاهات ذوي المرضى تميل لتشتت نسبياً في الوجهة الإيجابية وهو ماينفي الفرض الثاني نسبياً .

وهذه النتيجة تختلف مع نتيجة دراسة (خليفة ١٩٨٤م) التي وجدت اتجاهات سلبية شائعة لدى ذوي المرضى والجمهور العام ، ويمكن تفسير تناقض نتيجة هذا الفرض مع دراسة خليفة لسببين:أحدهما اختلاف البيئة فدراسة خليفة تمت في البيئة المصرية وهذه الدراسة تمت في البيئة السعودية ، ومن المعروف خضوع الاتجاهات للنسبية والاختلاف بين الثقافات ، أما السبب الثاني فهو اختلاف الفترات الزمنية لتطبيق الدارستين ، واثناء هذه الفترة الزمنية الفاصلة تزايد عناية برامج الإعلام والصحافة بتصحيح الأفكار الخاطئة عن المرض النفسي وتعديل الصورة القائمة عن المريض النفسي .

كما تختلف هذه النتيجة مع دراسة (شقير ١٩٩٤م) التي وجدت اتجاهات سلبية سائدة لدى الطالبات الإناث ، في حين كشفت الدراسة الحالية أن اتجاهات ذوي المرضى الذكور إيجابية ، ويرى الباحث سبب المفارقات في اتجاهات الجنسين راجع لكثافة زيارات طلبة المدارس والجامعات للمستشفيات النفسية في حين لاتوجد زيارات كافية للطالبات الإناث لتعديل الأفكار الخاطئة لديهن .

الفرض الثالث :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى).

للتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى (ن =١٢٥) ومجموعة ذوي المرضى (ن = ٨٠) والجدول رقم (١٣) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٣) يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى

المتغير	العاملون مع المرضى ن =١٢٥		ذوي المرضى ن = ٨٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٦٩	٣,٣٦	٣٧,٠٦	٣,٨٨	١,٢٢	غير دال
صورة المرض النفسي	٢٢,٦٩	٣,٠٣	٢٢,٤١	٢,٨٧	٠,٦٥	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,٤٣	٢,٥٣	١٩,٥٩	٢,٦٨	٢,٢٨	٠,٠٥
فرص الشفاء من المرض النفسي	١١,٦٢	١,٥٩	١١,١٧	١,٨٠	١,٨٤	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥١,٣٣	٦,٥٠	٤٩,٨٠	٦,٩٦	١,٦٠	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤٣,٧٥	١٠,٦٤	١٤٠,٠٤	١٢,٨٠	٢,٢٥	٠,٠٥

من الجدول يتضح أن هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسط الاتجاه العام لدى العاملين مع المرضى عن متوسط الاتجاه العام لدى ذوي المرضى لصالح مجموعة العاملين عند مستوى دلالة (< ٠,٠٥)،وتتضح هذه الفروق بوجه خاص في طرق علاج المرض النفسي حيث متوسط هذا المفهوم لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة (< ٠,٠٥) ، وبذلك يمكن نفي الفرض الثالث .

ويلاحظ أن المجالات التي لم توضح دلالات إحصائية تظهر فروق معنوية لصالح العاملين فمتوسطاتهم أفضل من متوسطات ذوي المرضى ، وتعتبر نتائج هذا الفرض منطقية فما دامت اتجاهات العاملين وذوي المرض إيجابية فلابد أن يتميز العاملين عنهم بتحسن نوعي في جميع المجالات وعلى وجه الخصوص طرق علاج المرض النفسي لأنهم يمارسونها في عملهم المباشر .

الفرض الرابع :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً) .

يختبر هذا الفرض أثر متغير التعليم في ظهور فروقات في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي، لذا صنف الباحث أفراد العينة الكلية (ن = ٢٠٥) إلى مجموعتين متفاوتتين في المستوى التعليمي هما :

١- مجموعة الأقل تعليماً : وتحوي الأميين ، ومن يستطيع القراءة والكتابة ، والحاصلين على تعليم متدني ابتدائي أو متوسط ، وبلغت (٦٤) فرد .

٢- مجموعة الأكثر تعليماً : وتحوي الحاصلين على تعليم ثانوي ،وجامعي ، ودراسات عليا وبلغت (١٤١) فرد. والجدول رقم (١٤) يوضح ذلك :

جدول رقم (١٤) يوضح أعداد مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً ونسبتهم للعينة الكلية (ن = ٢٠٥)

المجموعة	المستوى التعليمي	عدد الأفراد	نسبتهم	المجموع	نسبتهم
الأقل تعليماً	أمي	١٠	٪٤,٩	٦٤	٪٣١.٣
	يقرأ ويكتب	١١	٪٥,٤		
	ابتدائي	١٧	٪٨,٣		
	متوسط	٢٦	٪١٢,٧		
الأكثر تعليماً	ثانوي	٨٣	٪٤٠,٤	١٤١	٪٦٨,٧
	جامعي	٤٠	٪١٩,٥		
	دراسات عليا	١٨	٪٨,٨		
المجموع		٢٠٥	٪١٠٠	٢٠٥	٪١٠٠

ومن الجدول يتضح أن المجموعتين غير مرتبطين ويمثلان مجتمعين مختلفين، كما أن أعداد كل مجموعة كبير تحوى نسباً مختلفة من المستويات التعليمية يجعلها أكثر ميلاً للتوزيع الاعتدالي ، مما يعزز الركون إلى استخدام اختبار (ت) T.Test للتحقق من الفرض الرابع لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات بين الأقل تعليماً والأكثر تعليماً، والجدول رقم (١٥) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٥) يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل تعليماً ومجموعة الأكثر تعليماً

المتغير	الأقل تعليماً ن = ٦٤		الأكثر تعليماً ن = ١٤١		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٦,٨١	٣,٧٢	٣٧,٧٣	٣,٤٨	١,٧١-	غير دال
صورة المريض النفسي	٢١,٧٢	٣,١٦	٢٢,٩٧	٢,٨٠	٢,٨٥-	٠.٠١
طرق علاج المرض النفسي	١٩,٩٥	٢,٩٥	٢٠,١٧	٢,٤٦	٠,٥٥-	غير دال
فرص الشفاء من المرض النفسي	١٠,٩٧	١,٧٥	١١,٦٦	١,٦١	٢,٧٧-	٠.٠١
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٤٨,٨٦	٧,٠٢	٥١,٥٨	٦,٤٠	٢,٧٤-	٠.٠١
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٣٨,٣١	١٢,٦٣	١٤٤,١١	١٠,٧٣	٣,٣٩-	٠.٠٠١

من الجدول يتضح أن هناك فروق دالة إحصائياً بين متوسط الاتجاه العام لدى الأكثر تعليماً عن متوسط الاتجاه العام لدى الأقل تعليماً لصالح مجموعة الأكثر تعليماً عند مستوى دلالة ثقة عالية (< ٠,٠٠١)،وتتحدد هذه الفروق بوجه خاص في ثلاثة أبعاد دالة إحصائياً عند (< ٠,٠١) أولها : متوسط الصورة المدركة عنه المريض النفسي لدى الأكثر تعليماً أفضل من متوسط الأقل تعليماً ، وثانيها : متوسط مفهوم فرص الشفاء من المرض النفسي لدى الأكثر تعليماً أفضل من متوسط الأقل تعليمياً، وثالثها : متوسط المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي لدى الأكثر تعليمياً أفضل من الأقل تعليماً ، وبذلك يمكن نفي الفرض الرابع . ويلاحظ أن قيمة (ت) مشيرة إلى أن مصدر هذه الفروقات هو انخفاض وليس تحسن على درجات مقياس الاتجاهات راجع لوجود هذه الفروقات في جانب التوزيع الاعتدالي السالب عن المتوسط، وحين تنخفض وجهة فروق المتوسطات نحو درجات المقياس السالبة فإنها تميل إلى نقطة الحياد(١١٤) الدالة على استجابة الشك وعدم القين (بين وبين) وذلك يشير إلى عدم وضوح الاتجاه أو فقدها لدى مجموعات العينة الذي يتأثر مباشرة بعمليات التعلم، ويمكننا القول أن الفقد في عناصر الاتجاه موجود لدى المجموعتين وبالذات مع الأقل تعليماً في جميع أبعاد المقياس .

وتأسيساً على ماسبق يرى الباحث أن الأقل تعليماً لايزالون غير قادرين على تحديد صورة واضحة عن المريض النفسي الوظيفي،وماهي فرص شفاء وتحسن المريض النفسي الوظيفي،وكيف يعاملون المريض النفسي الوظيفي،لعدم وضوحها وتيقنهم منها مما يتطلب برامج توعية وتثقيف حول هذه الجوانب والعناية بالعلاج العائلي للأقل تعليماً بوجه خاص .

الفرض الخامس :

لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين)

يختبر هذا الفرض أثر متغير الحالة الإجتماعية في ظهور فروقات في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي ، لذا استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق المتوسطات بين مجموعة المتزوجين (ن = ١٥٦) ومجموعة غير المتزوجين (ن=٤٩) ، والجدول رقم (١٦) يبين نتيجة ذلك :

جدول (١٦) يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة المتزوجين ومجموعة غير المتزوجين

المتغير	المتزوجين ن = ١٥٦		غير المتزوجين ن = ٤٩		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٤١	٣,٦١	٣٧,٥٥	٣,٥٠	-٠,٢٤	غير دال
صورة المريض النفسي	٢٢,٤٦	٣,٠٣	٢٢,٩٦	٢,٧٥	-١,٠٢	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,١٢	٢,٦١	٢٠,٠٤	٢,٦٧	٠,١٩	غير دال
فرص الشفاء من المرض النفسي	١١,٣٨	١,٧١	١١,٦٣	١,٦٠	-٠,٩٠	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥٠,٣٩	٦,٥٩	٥١,٨٢	٧,٠٢	-١,٣٠	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤١,٧٧	١١,٧٢	١٤٤,٠٠	١١,٣٤	-١,١٧	غير دال

من الجدول السابق يتضح أنه لاتوجد فروقات دالة إحصائياً بين متوسطات مجموعة المتزوجين وغير المتزوجين سواء في الاتجاه العام أو أبعاده، وبذلك يتحقق الفرض الخامس .

ويلاحظ أن متوسط الاتجاه العام لغير المتزوجين (١٤٤,٠٠) أفضل من متوسط المتزوجين (١٤١,٧٧) مما يدل على وجود فروق معنوية لم تصل لدرجة الدلالة الإحصائية .

وجاءت متوسطات مفاهيم أسباب المرض النفسي وفرص الشفاء من المرض النفسي والصورة المدركة للمريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي لدى غير المتزوجين أفضل من المتزوجين متسقة مع متوسط الاتجاه العام ، عدا مفهوم طرق علاج المرض النفسي خرج عن النسق العام فجاء متوسط المتزوجين (٢٠,١٢) أفضل من متوسط غير المتزوجين (٢٠,٠٤) وجاءت قيمة (ت) موجبة مشيرة لتحسن الفروقات على درجات مقياس الاتجاه لمفهوم طرق علاج المرض النفسي .

الفرض السادس :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي باختلاف المستوى العمري).

يختبر هذا الفرض أثر متغير العمر في ظهور فروقات الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي، لذا قسم الباحث المدى العمري للعينة الكلية (ن = ٢٠٥) الممتد بين (٢٠-٦٧) عام إلى مجموعتين عمرية،معتمداً على سن (٤٠) عام كحد فاصل بين المجموعتين ، للحصول على جيلين مختلفين من الذكور البالغين كل منهما يمثل مرحلة ثقافية وحضارية مغايرة مرت على المملكة العربية السعودية قبل وبعد العشرين عاماً الماضية ، وتم استخدام اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق متوسطات الاتجاهات بين الأقل عمراً من (٢٠-٣٩) عام ومجموعة الأكثر عمراً من (٤٠-٦٧عام) والجدول رقم (١٧) يوضح نتيجة ذلك :

جدول (١٧) يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات الاتجاهات بين مجموعة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً

المتغير	الأقل عمراً ن = ١٥٠		الأكثر عمراً ن = ٥٥		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
أسباب المرض النفسي	٣٧,٦٨	٣,٤٢	٣٦,٨٠	٣,٩٢	١,٥٧	غير دال
صورة المريض النفسي	٢٢,٧٣	٢,٨١	٢٢,١٨	٣,٣٥	١,١٧	غير دال
طرق علاج المرض النفسي	٢٠,١٦	٢,٥٨	١٩,٩٥	٢,٧٤	٠,٥٢	غير دال
فرص الشفاء من المرض النفسي	١١,٥١	١,٦٥	١١,٢٧	١,٧٧	٠,٨٨	غير دال
المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٥٠,٧٣	٦,٤٣	٥٠,٧٢	٧,٤٧	٠,٠١	غير دال
الاتجاه العام نحو المرض والمريض النفسي	١٤٢,٨١	١٠,٥٣	١٤٠,٩٣	١٤,٢٦	١,٠٢	غير دال

من الجدول السابق يتضح أنه لاتوجد فروقات دالـة إحصائيـاً بـين متوسـطات مجموعـة الأقل عمراً ومجموعة الأكثر عمراً سـواء في الاتجاه العـام أو أبعـاده ، وبذلـك يتحقـق الفرض السادس .

ويلاحظ أن متوسط الاتجاه العام للأقل عمراً (١٤٢,٨١) أفضـل مـن متوسـط الأكثر عمراً (١٤٠,٩٣) مما يدل على وجود فروق معنوية لم تصـل لدرجـة الدلالـة الإحصائية، وجاءت دلالات الفروق شبه معدومة بـين الأقـل عمـراً والأكـثر عمـراً في طرق علاج المرض النفسي وحدود الشفاء من المرض النفسي والمشـاعر والسـلوكيات نحو المريض النفسي ، وظهر الفرق واضحاً في أسباب المرض النفسـي وصـورة المريـض النفسي فجاءت متوسطاتها لدى الأقل عمراً أفضـل مـن متوسـطات الأكـثر عمراًوقـد يرجع تحسن هذين المفهومين لدى الشباب لزيادة وعيهم وإرتقاء مسـتوياتهم التعليميـة أو معايشتهم للعوامل المسببة للمرض النفسي وآثارها على المصابين به .

الفرض السابع :

(لاتوجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة)

وهذا الفرض يختبر علاقة متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي بمتغير المسئولية، ومتغير الاتجاهات هذا يمثل الاتجاهات الفكرية والمعلوماتية عن المرض النفسي فقط ويشمل بُعد أسباب المرض النفسي وبُعد طرق علاج المرض النفسي وبُعد الشفاء من المرض النفسي .

ولفحص الفرض تم استخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson لاختبار طبيعة العلاقة الافتراضية لدى مجموعة العاملين مع المرضى (ن =١٢٥) ومجموعة ذوي المرضى (ن =٨٠)، والجدول رقم (١٨) يبين نتيجة ذلك :

جدول رقم (١٨) يبين معاملات ارتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المرض النفسي ومتغير المسئولية لدى مجموعات الدراسة

متغير المسئولية / متغير الاتجاهات	المجال الأول	المجال الثاني	المجال الثالث	المجال الرابع	المجال الخامس	الميل العام للمسئولية
الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى العاملين مع المرضى ن =١٢٥	٠,١٤٧	٠,١١٠	٠,١٩٤	٠,١٢٧	٠,١١٤	٠.١٨٥
دلالة الارتباط	غير دال	غير دال	٠,٠٥	غير دال	غير دال	٠,٠٥
الاتجاهات نحو المرض النفسي لدى ذوي المرضى ن = ٨٠	٠,٢٦٧	٠,١٨٤	٠,١٥٧	٠,٢١١	٠,١٠٨	٠.٢٣٥
دلالة الإرتباط	٠,٠٥	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	٠,٠٥

من الجدول يتضح أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والميل العام للمسئولية لدى العاملين مع المرض عند مستوى ثقة (<٠,٠٥)،

وتحددت هذه العلاقة بوجه خاص مع المجال الثالث للمسئولية وهي المسئولية الوطنية عند مستوى دلالة (<٠,٠٥)،كما اتضح أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والميل العام للمسئولية لدى ذوي المرضى عند مستوى ثقة (<٠,٠٥)،وتحددت هذه العلاقة بوجه خاص مع المجال الأول للمسئولية وهو المسئولية الشخصية عند مستوى دلالة (<٠,٠٥)،وبذلك ينتفي الفرض السابع كلياً ويمكن القول أنه (توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة) وتعني هذه النتيجة أن تحسن المعرفة بأسباب وطرق علاج وفرص الشفاء من المرض النفسي يقترن بارتفاع مستوى المسئولية الاجتماعية بصفة عامة لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية، ويقترن بصفة خاصة لدى ذوي المرضى بارتفاع مستوى المسئولية الشخصية.

وتؤكد هذه النتيجة صدق أدوات الدراسة في معرفة التضمينات الثقافية المشتركة فالعاملون الذين يحملون مسئولية وطنية تتحسن إتجاهاتهم ومعارفهم عن المرض النفسي وذوي المرضى الذين يحملون مسئولية شخصية عن ذاتهم وأسرتهم يطورون معارفهم واتجاهاتهم عن المرض النفسي .

الفرض الثامن :

(لاتوجد علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة) .

وهذا الفرض يختبر علاقة متغير الاتجاهات نحو المريض النفسي بمتغير المسئولية، ومتغير الاتجاهات هذا يمثل الموضوعات الإدراكية والوجدانية والسلوكية نحو المريض النفسي فقط ، ولفحص الفرض تم استخدام معامل إرتباط بيرسون Pearson لإختبار طبيعة العلاقة الافتراضية لدى مجموعة العاملين مع المرضى (ن = ١٢٥) ومجموعة ذوي المرضى (ن =٨٠) والجدول رقم (١٩) يبين نتيجة ذلك :

جدول (١٩) يبين معاملات إرتباط بيرسون بين متغير الاتجاهات نحو المريض النفسي ومتغير المسئولية لدى مجموعات الدراسة

متغير المسئولية / متغير الاتجاهات	المجال الأول	المجال الثاني	المجال الثالث	المجال الرابع	المجال الخامس	الميل العام للمسئولية
الاتجاهات نحو المريض النفسي لدى العاملين مع المرضى ن =١٢٥	٠,٢٢٨	٠,١٧٤	٠,٢٣٤	٠,١٤٤	٠,١٠٢	٠.٢٣٤
دلالة الارتباط	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠١	غير دال	غير دال	٠.٠٠١
الاتجاهات نحو المريض النفسي لدى ذوي المرضى ن = ٨٠	٠,٢٠١	٠,١٥٧	٠,١٤٧	٠,١٩٥	٠,٠١٣	٠.١٧٦
دلالة الإرتباط	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

من الجدول يتضح أنه يوجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والميل العام للمسئولية لدى العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة ثقة عالية (< ٠,٠١)،ولاتوجد هذه العلاقة الدالة لدى ذوي المرضى، وبذلك ينتفي الفرض الثامن جزئياً .

الفرض التاسع :

(لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) T.Test لمعرفة دلالات فروق متوسطات سلوك المسئولية بين مجموعة العاملين مع المرضى (ن =١٢٥) ومجموعة ذوي المرضى (ن = ٨٠) والجدول رقم (٢٠) يبين نتيجة ذلك :

جدول (٢٠) يوضح المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري وقيمة (ت) ودلالتها لفروق متوسطات المسؤولية بين مجموعة العاملين مع المرضى ومجموعة ذوي المرضى

المتغير	العاملين مع المرضى ن = ١٢٥		ذوي المرضى ن = ٨٠		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المسئولية الشخصية	٣١,٢٠	٣,٨٣	٢٩,٨٤	٣,٥٧	٢,٥٥	٠,٠٥
المسئولية الأخلاقية	٣٥,٨٣	٤,٠٥	٣٤,١٦	٤,٠٣	٢,٨٨	٠,٠١
المسئولية الوطنية	٣٥,٩٠	٤,٤٥	٣٤,٤٠	٤,٦٦	٢,٣١	٠,٠٥
المسئولية عن أفـراد المجتمع وقضاياه	٣١,٨٥	٢,٨٧	٣٠,٦٧	٣,٦٩	٢,٥٥	٠,٠٥
المسئولية نحو البيئة والنظام	٣٣,٥٧	٤,٦٨	٣١,٧١	٥,١٧	٢,٦٦	٠,٠١
الميل العام للمسئولية	١٦٨,٣٥	١٥,٠١	١٦٠,٧٩	١٦,٠٥	٣,٤٣	٠,٠٠١

من الجدول يتضح أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط المسئولية العام لدى العاملين مع المرضى عن متوسط المسئولية لدى ذوي المرضى وتسير هذه الفروق لصالح العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة ثقة عالية (<٠,٠٠١)،وتحددت هذه الفروق في جميع أبعاد المسئولية متسقة مع الميل العام على النحو التالي : أولاً : متوسط المسئولية الشخصية لدى العاملين مع المرض أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة (<٠,٠٥) ، ثانياً : متوسط المسئولية الاخلاقية لدى العاملين مع المرضى

أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة عالي (<٠,٠١) ثالثاً : متوسط المسئولية الوطنية لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة (<٠,٠٥) ، رابعاً : متوسط المسئولية عن المجتمع وعن قضاياه لدى العاملين مع المرضى أفضل من ذوي المرضى عند مستوى دلالة (<٠,٠٥) ، خامساً : متوسط المسئولية نحو البيئة والنظام لدى العاملين مع المرضى أفضل من متوسط ذوي المرضى عند مستوى دلالة عالي (<٠,٠١) ، وبذلك ينتفي الفرض التاسع.

وتتسق هذه النتيجة مع دراسة (Hobfoll :1981 , Fisher 1971) التي أوضحت أن أهم مميزات المتطوعين لخدمة المرضى تتمثل في وجود سلوك المسئولية لديهم .

الفصــــل الخامــس

خلاصة الدارسة

- خلاصة نتائج الدارسة .
- التوصيات .
- توصيات عامة .
- دراسات وبحوث مقترحة .

* خلاصة نتائج الدراسة :

من اختبار فروض الدراسة والتعرف على نتائجها وتفسيرها تم التوصل إلى النتائج التالية:

١- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في مستشفيات الصحة النفسية .

٢- يوجد اتجاه عام إيجابي نحو المرض والمريض النفسي لدى ذوي المرضى النفسين الذهانيين الوظيفيين .

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى النفسين الوظيفيين ، في طرق علاج المرض النفسي فقط عند مستوى دلالة (< ٠,٠٥) لصالح العاملين مع المرضى .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر تعليماً والأقل تعليماً من أفراد العينة الكلية ، عند مستوى دلالة (<٠,٠٠١) لصالح الأكثر تعليماً .

٥- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين المتزوجين وغير المتزوجين من أفراد العينة الكلية .

٦- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي بين الأكثر عمراً والأقل عمراً من أفراد العينة الكلية .

٧- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى عينة الدراسة عند مستوى دلالة (<٠,٠٥) .

٨- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المريض النفسي والمسئولية الشخصية الاجتماعية لدى العاملين مع المرضى عند مستوى دلالة (<٠,٠١) ، ولاتوجد دلالة إحصائية لهذه العلاقة لدى ذوي المرضى .

٩- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المسئولية الشخصية الاجتماعية بين العاملين في مستشفيات الصحة النفسية وذوي المرضى النفسين الوظيفيين عند مستوى دلالة (<٠,٠٠١) لصالح العاملين مع المرضى .

***التوصيات :**

١- أوضحت الدراسة أن الاتجاهات موجبة لدى العاملين مع المرضى وذوي المرض، ولم يتميز العاملون مع المرضى سوى في طرق علاج المرض النفسي بحكم عملهم في المستشفيات النفسية ، ويقترح الباحث أن تشمل الدورات والمقررات التعليمية المعدة لمن يعمل في الميدان النفسي على اتجاهات الصورة المدركة عن المريض النفسي والمشاعر والسلوكيات نحو المريض ليتكامل العلاج الطبي مع مساعي التأهيل الاجتماعي.

٢- أوضحت نتائج الدراسة أثر التعليم في تحسن الاتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي، لذا يقترح الباحث وضع برامج توعية وتثقيف مركزة معدة للفئات الأقل تعليماً عن أسباب المرض النفسي وطرق علاجه وفرص الشفاء منه وتحسين الإدراكات والمشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي وذلك يحقق السعي لطلب العلاج وزيادة مفهوم تحمل المريض النفسي .

٣- أوضحت الدراسة إرتباط الاتجاهات الموجبة نحو المرض والمريض النفسي مع المسئولية لدى العاملين مع المرضى وظهرت فروقات المسئولية لصالح العاملين مع المرضى مقارنة بذوي المرض، الأمر الذي يستدعى تدعيم المسئولية لدى العاملين لإبقاء هذا التحسن الموجب، وتدعيم المسئولية لدى ذوي المرضى لإزالة هذه الفروقات وتشجيعهم على تحمل مسئوليتهم نحو مرضاهم .

***توصيات عامة :**

١- يوصي الباحث على تنشيط دور الأخصائي النفسي للقيام بالعلاج العائلي لمعرفة الضغوط القائمة في بيئة المريض النفسي ويعمل على تخفيفها ، وبصفته قادر على تمييز الفئات المرضية سيكون قادراً على تحديد أسباب الانتكاسات ويعمل على حلها وسيكون قادراً علىالتوجيه الملائم لكيفية التعامل مع المريض النفسي حسب فئته المرضية .

٢- يوصى الباحث على تنشيط دور الأخصائي الاجتماعي للمشاركة في التوجيه من أسبابَ المرض النفسي من خلال تقديم محاضرات عن أسباب المرض

النفسي تقدم في الجهات والمؤسسات المجتمعية ، وأيضاً قيامه بالاتصال بالجهات العلمية والمؤسسات المجتمعية لزيادة الزيارات للمستشفيات النفسية ومن خلالها يجري العمل على تحسين اتجاهاتهم نحو المرض والمريض النفسي وتعريفهم بدور المستشفيات كمقرات للعلاج وليست للإيواء .

٣- يوصي الباحث على إجراء تنسيق مع مؤسسات الرعاية الاجتماعية اللاحقة لاحتضان الحالات المتحسنة التي لايتوفر لدى ذويهم اتجاهات تحمل المريض النفسي،أو تتمكن بيئتهم الاجتماعية من رعايتهم بالشكل الصحيح .

٤- يوصي الباحث بإجراء تحليل شامل للمقررات المقدمة للفئات العاملة في الميدان النفسي لمعرفة صلاحية محتواها لأهداف العمل التطبيقي، وربما تمتد هذه التوصية لبقية المقررات النفسية فقد وجد (القحطاني :١٩٩٤م) عدم وجود علاقة بين الدراسة المنظمة لمواد علم النفس واتجاهات طلاب وطالبات الجامعات نحو علم النفس،وأيضاً وجد اتجاهات تفضيلية سالبة نحو المهن النفسية مقارنة بالمهن الأخرى .

* الدراسات والبحوث المقترحة :

١- القيام بدراسة مماثلة للدراسة الحالية في مناطق أخرى من المملكة العربية السعودية أو علي عينة جديدة من الإناث ، ومن خلال استخدام نتائج الدراسة الحالية كفروض جديدة يتم مقارنتها بالنتائج المتحصلة من الدراسات اللاحقة سيتوفر معرفة أثر متغير الاختلاف الحضاري والجنسي .

٢- القيام بدراسة مشابهة للدراسة الحالية على عينات جديدة من الجمهور العام أو ذوي المرضى لأنواع مرضية أخرى ، وذلك سيحقق الحصول على تراكم من النتائج التي يمكن تعميمها لمختلف الفئات المرضية .

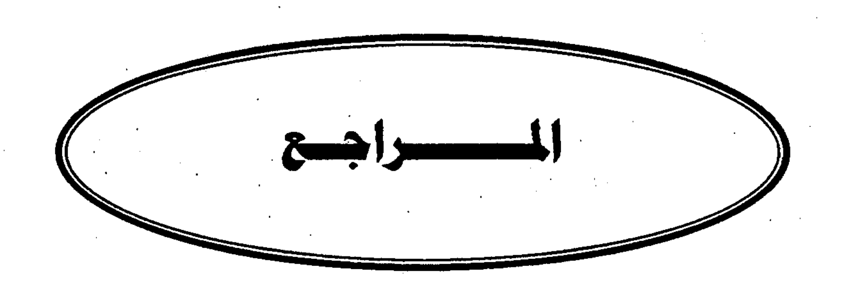
٣- متابعة الدراسات المطبقة على ذوي المرضى لمعرفة خصائصهم الشخصية أو أساليب المعاملة الوالدية لديهم أو مستوى التدين أو المسئولية لديهم ، وذلك سيحقق معرفة أفضل منهم للسببية المرضية .

٤- بناء مقياس متدرج لمستويات الخطورة المحتملة من المريض النفسي الموجهة نحو الذات أو الأسرة أو المجتمع يستعين بها الأخصائيون النفسيون والإجتماعيون في عملهم المباشر.

٥- إجراء دراسة للاتجاهات نحو الخدمات النفسية ومدى الرغبة في الاستفادة منها، خاصة خدمات الإرشاد النفسي في المدارس الثانوية .

٦- دراسة علاقة المسئولية بالنضج الانفعالي لدى المراهقين .

٧- دراسة العوامل المؤدية لكثرة الانتكاسات المرضية وتكرار التنويم داخل المستشفيات.



- المراجع العربية .
- المراجع الأجنبية .

المراجع العربية

١-القرآن الكريم

٢-إبراهيم، أنيس وآخرون (١٣٩٣هـ) **المعجم الوسيط** ، الجزء ١، دار إحياء التراث العربي : القاهرة .

٣-إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٨هـ) **علم النفس الأكلينيكي** ، دار المريخ للنشر: الرياض .

٤-أبوحطب ، فؤاد وآخرون (١٩٨٢م) **التقويم النفسي** ، مكتبة الأنجلو المصرية:القاهرة .

٥-أبو النيل ، محمود السيد (١٩٨٥م) **علم النفس الاجتماعي** ، الجزء الأول، دار النهضة العربية : بيروت .

٦-إسماعيل، عزت سيد (بدون) **اكتئاب النفس**، وكالة المطبوعات:الكويت .

٧-أمير خان ،محمد حمزة (١٩٨٨م) **اتجاهات طلاب وطالبات التمريض نحو مهنة التمريض في المملكة العربية السعودية**،رسالة الخليج ، العدد ٢٧، مكتب التربية العربي لدول الخليج : الرياض .

٨-أنسكو ، أ٠وآخرون (١٩٩٣م) **علم النفس الاجتماعي التجريبي**، مترجم، جامعة الملك سعود ، عمادة شئون المكتبات : الرياض

٩-البادي، محمد محمد (١٩٨٠م) **العلاقات العامة والمسئولية الاجتماعية**، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١٠-الحارثي، زايد عجير (١٩٩٢م) **بناء الاستفتاء وقياس الاتجاهات**، دار الفنون للطباعة والنشر : جدة .

١١-الحارثي ، زايد عجير (١٩٩٣م) . **اتجاهات الشباب السعودي نحو علم النفس**، المجلة المصرية للدراسات النفسيه، العدد ٤ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

١٢- ———————— (١٩٩٥م) **بناء مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية في المجتمع السعودي** ، جامعة قطر : مركز البحوث التربوية : الدوحة .

١٣-حسين، محمود عطا (١٩٨٣م) **دراسة مقارنة في العادات والاتجاهات الدراسية بين المتفوقين والعاديين والمتأخرين دراسياً،رسالة الخليج** ، العدد العاشر، مكتب التربية العربي لدول الخليج:الرياض.

١٤-حمزة ، مختار (١٩٨٢م) **أسس علم النفس الاجتماعي** ، دار البيان العربي :جدة .

١٥- حنين ، رشدي عبده (١٩٨٦م) **الفصام والمحيط الأسري** ، الكتاب السنوي لعلم النفس ، المجلد الخامس مكتبة الأنجلو : القاهرة .

١٦-خليفة، عبد اللطيف (١٩٨١م) **سيكلولوجية الاتجاهات** ، دار غريب للطباعة والنشر : القاهرة .

١٧- ———————— (١٩٨٩م) **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي**، مجلة علم النفس ، العدد ١١، الهيئة المصرية للكتاب : القاهرة.

١٨- ———————— (١٩٨٩م) **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم** ، مجلة علم النفس، العدد ١٢، الهيئة المصرية للكتاب:القاهرة .

١٩-خير الله ، سيد (١٩٨١م) **تأثير المعلومات التربوية والممارسات التعليمية على الاتجاهات النفسية للمعلمين والمعلمات** ، بحوث نفسيه وتربوية ، دار النهضة : بيروت .

٢٠-دافيدوف ،لندال .ل (١٩٨٣م) **مدخل علم النفس**، دار المريخ للنشر : الرياض

٢١-الدليم ، فهد عبد الله (١٩٩٣م) **أسباب بقاء المرضى في المستشفيات، بحوث** ودراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف ، الجزء الثاني .

٢٢-———————— (١٩٩٣م) **أهمية المتابعة الميدانية للمرضى بعد خروجهم من المستشفى، بحوث ودراسات** مستشفى الصحة النفسية بالطائف، مرجع سابق .

٢٣-رزوق ، أسعد (١٩٨٧م) **موسوعة علم النفس** ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر : بيروت .

٢٤-زهران، حامد عبد السلام (١٩٨٤م) **علم النفس الاجتماعي** ، عالم الكتب: القاهرة .

٢٥-زيعور، علي (١٩٨٦م) **أحاديث نفسانية ومبسطات في التحليل النفسي والصحة العقلية**، دار الطليعة:بيروت

٢٦-السجستاني ، أبو داود (١٩٦٨م) **سنن أبو داود بشرح عون المعبود**، الجزء ٥، المكتبة السلفية : المدنية المنورة .

٢٧-سلامة،أحمد وأخرون (١٩٧٢م) **علم النفس الاجتماعي** ، دار النهضة المصرية : القاهرة .

٢٨-سويف ، مصطفى (١٩٨٣م) **مقدمة لعلم النفس الاجتماعي** ، مكتبة الأنجلو : القاهرة .

٢٩-سوين ، ريتشارد (١٩٨٨م) **علم الأمراض النفسية والعقلية** ، مترجم، مكتبة الفلاح : الكويت .

٣٠-شقير ، زينب محمد (١٩٩٤م) **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعية**، مجلة علم النفس، العدد ٣٠ ، الهيئة المصرية للكتاب : القاهرة .

٣١-الشيخ ، سليمان الخضيري (١٩٧٨م) **مقدمة في الاتجاهات** ، دراسات نفسية في الشخصية العربية ، عالم الكتب : القاهرة.

٣٢-الصغير ، محمد عبد الله (١٩٩٤م) **النظرة الاجتماعية للإصابة بالعين الحاسدة ودور ذلك في طلب العلاج النفسي**، ملخص دراسة ألقيت في ندوة الطب النفسي والعلاج الشعبي تحت إشراف مستشفى الصحة النفسية بجدة يوم السبت ١٤١٥/٦/٩هـ .

٣٣- الصيرفي ،عبدا لله عبدالغني(١٤٠٨هـ) **مقياس مركز أبحاث مكافحة الجريمة لمفهوم الذات للشباب** ، مركز أبحاث مكافحة الجريمة : الرياض .

٣٤-طاهر ، ميسرة(١٩٩٠م) **أساليب المعاملة الوالدية وبعض جوانب الشخصية** ، سلسلة بحوث نفسية وتربوية، دار الهدي للنشر والتوزيع : الرياض .

٣٥-عامر ، أحمد محمد (١٩٨٨م) **مقدمة في علم النفس الاجتماعي ودراسات المسلمين**،دار الشروق :جدة .

٣٦-عبد الخالق ، أحمد (١٩٨٢م) **الاتجاهات نحو المرض العقلي لدى عينة من طالبات علم النفس** ، بحوث في السلوك والشخصية ، المجلد الثاني ، دار المعارف : القاهرة.

٣٧- ——————— (١٩٨٢م) **العلاقة بين بُعد الشخصية الانبساطية والعصابية والاتجاه نحو المرض العقلي لدى طالبات التمريض** ، بحوث في السلوك والشخصية، المجلد الثاني ، مرجع سابق .

٣٨- عبد الخالق ، أحمد(١٩٨٢م) **العلاقة بين الاتجاه نحو المرض العقلي وشخصية طالبات علم النفس** ، بحوث في السلوك والشخصية ، المجلد الثاني، مرجع سابق .

٣٩-عبيدات، ذوقان وآخرون (١٩٨٧م) **البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه**، دار الفكر للنشر والتوزيع:عمان .

٤٠-عثمان، سيد أحمد (١٩٧٣م) **المسئولية الاجتماعية** ، دراسة نفسيه اجتماعية ، مكتبة الأنجلو المصرية : القاهرة.

٤١-عزت ، دري حسن (١٩٨٦م) **الطب النفسي** ، دار القلم للنشر والتوزيع : الكويت.

٤٢-عسكر ، عبد الله (١٩٨٨م) **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص**، مكتبة الأنجلو المصرية: القاهرة .

٤٣-عكاشة ، أحمد (١٩٩٢م) **الطب النفسي المعاصر** ، مكتبة الأنجلو المصرية : القاهرة .

٤٤-عكاظ ، جريدة (١٩٩٥م) **تحقيق صحفي عن العلاج النفسي بالمراكز الصحية** ، العدد ١٠٤٨٥، المملكة العربية السعودية.

٤٥-عمران ، محمد إسماعيل وآخرون(١٩٨٨م) **مبادئ القياس والتقويم في البيئة الإسلامية**، مكتبة الطالب الجامعي ، مكة المكرمة .

٤٦-عيسوي ، عبد الرحمن (١٩٧٤م) **دراسات في علم النفس الاجتماعي** ، دار النهضة العربية : بيروت .

٤٧- ———— (١٩٩٢م) **في الصحة النفسية والعقلية** ، دار النهضة العربية: بيروت .

٤٨-عيسى، مغاوري عبد الحميد (١٩٨١م) **دراسة العلاقة بين المسئولية الاجتماعية وبعض جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المرحلة الثانوية**، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس ، كلية التربية .

٤٩-الغريب ، رمزية (١٩٨١م) **التقويم والقياس النفسي والتربوي** ، مكتبة الأنجلو المصرية : القاهرة .

٥٠-غريب ، غريب عبد الفتاح(١٩٩٣م) **موضوعات مختارة في علم النفس الاجتماعي**،مكتبة النهضة العربية : القاهرة.

٥١-فرح ، عماد وديع وآخرون (١٩٩٣م) **العوامل المتعلقة بانقطاع المرضى النفسيين عن مراجعة العيادات الخارجية** ، دراسات مستشفى الصحة النفسية بالطائف ، مرجع سابق .

٥٢-القحطاني ، محمد مرعي (١٩٩٤م) **الاتجاهات نحو علم النفس لدى طلاب بعض الجامعات السعودية** ، دراسة ماجستير ، جامعة أم القرى ، قسم علم النفس .

٥٣-كاشدان ، شيلدون (١٩٨٨م) **علم نفس الشواذ** ، مترجم ، دار الشروق ، القاهرة.

٥٤-كفافي ، علاء الدين (١٩٩٤م) **الاتجاهات نحو المرض النفسي عند الطلبة القطريين** ، جامعة قطر ، مركز البحوث التربوية : الدوحة .

٥٥-كمال ، علي (١٩٨٧م) **فصام العقل والشيزوفرنيا** ، دار واسط للنشر : لندن .

٥٦-الكندري ، أحمد مبارك (١٩٩٢م) **علم النفس الاجتماعي** والحياة المعاصرة، مكتبة الفلاح: الكويت .

٥٧-كولـز إ.م .(١٩٩٢م) **المدخل إلى علم النفس المرضي الأكلينيكي**، مترجم ، دار المعرفة الجامعية : الأسكندرية .

٥٨-لامبرت ، وليم وآخرون (١٩٨٩م) **علم النفس الاجتماعي** ، مترجم ، دار الشروق : القاهرة.

٥٩-ليستر ، ج (بـدون) **الحالة الإجتماعية والعوارض السلبية لدى المرضى المزمنين** ، دراسة كندية في الطب الاجتماعي ، مجلة الثقافة النفسية ، العدد ٢، دار النهضة العربية : بيروت .

٦٠-متولي ، عباس إبراهيم (١٩٩٠م) **المسئولية الاجتماعية وعلاقتها بالقيم لدى شباب الجامعة** ، بحوث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر ، الجزء الثاني ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية : القاهرة .

٦١-محمد ، يوسف عبد الفتاح (١٩٩٤م) **الاضطرابات الوجدانية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالاتجاه نحو المرض النفسي لدى عينة من الجنسين بدولة الأمارات المتحدة**، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد ١٢، جامعة الكويت .

٦٢-موسى ، رشاد علي (١٤١٥هـ) **اتجاه عينة من طلبة وطالبات الجامعة نحو العاملين في مجال الأمراض النفسية والعقلية، مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي**، العدد ٤ ، تصدر عن جماعة القياس والتقويم التربوي الفلسطينية بالتعاون مع جامعة الأزهر .

٦٣-نور ، محمد عبد المنعم (١٩٨٣م) **الطب والمجتمع** ، دراسة في الاجتماع الطبي ، دار اللواء للنشر والتوزيع : الرياض .

٦٤-نخبة من منسوبي مستشفى الصحة النفسية بالطائف (بـدون) **المبادئ الأساسية في التمريض النفسي**، إصدارت مستشفى الصحة النفسية بالطائف .

٦٥-ياسين ، عطوف محمود (١٩٨٨م) **أسس الطب النفسي الحديث** ، منشورات بحسون الثقافة : بيروت .

المراجع الأجنبية

66-Affelck,J (1978):Rehabilitation and Supportive Techniques .
Companion to Psychiatric Studies :Edinburgh
London & New York . p 585 .

67-Allport ,G.W(1935) :Attitude (in) Murchinson, (Ed.)A
handbook of Social Psychology, Worcester, Mass
: Clark University Press.

68.- Baier, K(1969) What is value ? an analysis of the concept,
in kurt bair & Nicholas Rescher (Eds.) ,Vaule
and the Future New -York,the free Press.p.33-67 .

69.-Cohen ,J.& Struening,E.L(1962) : Opinions about Mental
Illness in the Personnel of Two Largemental
Hospitals.J.of Abnormal and Social Psychology.
Vol . 64,No.5, PP. 348-360.

70-Cohen, J.&Struening ,E.L(1964) Opinions about Mental
Illness : Hospital Social Atmosphere Profiles
and their revelance of effectiveness .J.of
Consulting Psychology.Vol.28, No .4 ,pp .291-298.

71.-Cohen ,J.&Struening ,E.L.(1965) :Opinions about mental Illnes : Hospital Differences in attitude for eight occupational gropus Psychological reports .Vol 17, 25-26.

72.Eisamn, M.(1981) : Contact Difficulties and Experience of Loneliness in Depressed Patients and Non Psychiatric Controls.Acta Psychiatric Scondinarica .Vol.70 ,No .2 ,PP 160-168.

73.Ellsworth ,R.B.(1965) :Abehavior Study of Staf Attituedses toward Mental Illness Journal of Abnormal. Psychology .Vol 70, No 3, pp 194-200 .

74.Snyder, M(1974) :Self Monitoring of Expressive Behavior. Doctoral Disseration , Stanford .U.Dissertation Abstract International , 33, 4533 A-4534A U.Microfilms No .73-4598 .

75.Whiteman M.,(1954) The perfomance of Schizoprenics on Social Concept .J.abnorm .Soc.Psychol., 49, pp 266-271.

الملاحق



- استمارة البيانات الأولية .

- مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي .
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات .

- مقياس المسئولية الشخصية الاجتماعية .
- جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسئولية .

- خطابات الموافقة على تطبيق أدوات الدراسة .

استمارة البيانات الأولية

إعداد الباحث

خالد على راجح

بسم ا لله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
جامعــــة أم القــــرى
كليـــــة التربيـــــة
قســم علـــم النفــس

أخى الفاضل:

السلام عليكم ورحمة ا لله وبركاته وبعد :

يقوم الباحث بعمل دراسة علمية تتطلب الحصول على بعض الآراء القيمة التى يستفاد منها في مجال رسالة الماجستير واثراء البحث العلمي ، وتسعى لمعرفة :

١- بعض البيانات العامة عنك وليس شرطاً أن تذكر فيها اسمك .
٢- الحصول على وجهة نظرك ومشاعرك نحو المرض والمريض النفسي .
٣- الحصول على رأيك ومشاعرك النفسية نحو بعض القضايا الاجتماعية .

وسيحافظ الباحث على سرية البيانات التى ستدلي بها لأغراض البحث العلمـي ، مـع تقديري وشكري سلفاً لتعاونكم ،وعلى ا لله نتوكل وبه نستعين ،،،

الباحث

اسم المستشفى أو العيادة :

بيانات عامة

الاسم (اختياري): ______________ **السن :** ________ **الجنس :** ________

المهنـــــــــة : ____________________________________

المستوى التعليمي :

(أ) أمي ☐
(ب) أقرأ وأكتب ☐
(ج) ابتدائي ☐
(د) متوسط ☐
(هـ) ثانوي ☐
(و) جامعي ☐
(ز) دراسات عليا ☐

الحالة الاجتماعية :

(أ) متزوج ☐
(ب) مطلق لديه أبناء ☐
(ج) أرمل لديه أبناء ☐
(د) أعزب ☐
(هـ) مطلق بدون أبناء ☐
(و) أرمل بدون أبناء ☐

ما نوع علاقتك بالمريض النفسي ؟

(أ) علاقة مهنية ☐
- أخصائي طب نفسي ☐
- طبيب ☐
- أخصائي نفسي ☐
- أخصائي اجتماعي ☐
- ممرض نفسي ☐
- مستخدم ☐

(ب) علاقة عائلية ☐
- من أهالي المريض ☐
- من أقارب المريض ☐
- من الجيران والأصدقاء ☐

(ج) علاقة مهنية وعائلية ☐

مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي

إعداد الباحث

خالد علي راجح

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي العزيز :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد :

ستجد فيما يلى عبارات معدة لوصف وجهة نظرك ومشاعرك عن المرض والمريض النفسى ، الرجاء التكرم بالاجابة عليها لتحدد رأيك الخاص بكل أمانة ، بوضع علامة (✓) على الاجابة التى ستختارها من الخيارات الخمس الموضوعة أمام كل عبارة ، علما بأن اجابتك ستكون في سرية ولأغراض البحث العلمى فقط .

تفضل بالاجابة على جميع العبارات مع جزيل الشكر والتقدير ،، ،،　　　　　　الباحث

العبارة	غير موافق اطلاقا	غير موافق	بين وبين	موافق	موافق جدا
١- المرض النفسى هو مس من الجن					
٢- المرض النفسى هو مرض معدى					
٣- الإصابة بالعين من أسباب الأمراض النفسية					
٤- المرض النفسى نتيجة خوف أصاب الانسان					
٥- ضعف التربية الدينية أحد أسباب المرض النفسى					
٦- تعاطى المخدرات من أسباب المرض النفسى					
٧- الأمراض الجسمية تؤدى أحيانا الى أمراض نفسية					
٨- يحدث المرض النفسى نتيجة الأزمات الشديدة التى يتعرض لها الإنسان					
٩- سوء معاملة الوالدين للمريض في طفولته سبب مرضه النفسى					
١٠- يتجنب المرضى النفسيون أطفال مصابون بنفس المرض					
١١- المرضى النفسيون أكثر الأفراد خطورة على المجتمع					
١٢- المرض النفسى يعنى الفشل الدائم في الحياة					
١٣- المرضى النفسيون فيهم كثير من جوانب الخير					
١٤- المرضى النفسيون لا يفهمون شيئا على الاطلاق					
١٥- مشاعر المريض النفسى أكثر حساسية من الآخرين					

العبـــــــــارة	غير موافق اطلاقا	غير موافق	بين وبين	موافق	موافق جدا
١٦- المرضى النفسيون متخلفون عقليا					
١٧- بامكان المشعوذين معالجة المرض النفسي					
١٨- جلسات الكهرباء طريقة ناجحة لعلاج بعض الأمراض النفسية					
١٩- يفيد العلاج بالأدوية في شفاء الكثير من الأمراض النفسية					
٢٠- جلسات العلاج النفسي مفيدة كثيرا في تحسن المريض النفسي					
٢١- الكي بالنار ينفع في علاج الأمراض النفسية					
٢٢- المصاب بالمرض النفسي يمكنه أن يعود لممارسة حياته الطبيعية مرة أخرى					
٢٣- المريض النفسي انسان ميئوس من شفائه					
٢٤- تتحسن حالة المريض النفسي كلما بقى مدة أطول في المستشفى					
٢٥- يسيء المريض النفسي لسمعة الأسرة					
٢٦- يجب حجز المريض النفسي في المستشفى لأنه يسبب الهم لأسرته					
٢٧- يصيب الانسان الخوف عند مقابلة المريض النفسي					
٢٨- الجلوس مع المريض النفسي يعكر المزاج					
٢٩- يمكن السكن في منزل مجاور لمسكن مريض نفسي					
٣٠- تكفي الاتصالات الهاتفية للاطمئنان على المريض النفسي					
٣١- التحدث مع الأصدقاء عن حياة المريض النفسي غير مناسب					
٣٢- الاستماع للمريض النفسي عندما يتحدث عن أمور حياته أفضل من اسكاته					
٣٣- تسعدني مرافقة المريض النفسي في مشوار قصير					
٣٤- أرحب في منزلي بالمريض النفسي					
٣٥- يمكن اقامة صداقة مع المريض النفسي					
٣٦- الاختلاط بالمريض النفسي في المناسبات الاجتماعية يسبب الحرج					
٣٧- يمكن الزواج من أسرة أحد أفرادها مصاب بمرض نفسي					
٣٨- يصعب استمرار الزواج من (شاب ، شابه) تحسن من مرض نفسي					

جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس الاتجاهات

جدول رقم (٢١) يوضح المتوسطات والإنحرافات المعيارية لفقرات مقياس الاتجاهات وإرتباطها بطريقة بيرسون مع المجموع الكلي للمقياس

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الارتباط مع المجموع الكلي	دلالة الإرتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الارتباط مع المجموع الكلي	دلالة الإرتباط
١	٣,٨٣	١,٠٧	٠,٣٣	***	٢٠	٤,٠٥	٠,٩٢	٠,٣١	***
٢	٤,٤٥	٠,٧٩	٠,١٦	*	٢١	٤,٢٨	٠,٩٠	٠,٢٤	**
٣	٣,٠٠	١,٢٣	٠,٢٠	**	٢٢	٣,٩٧	٠,٨٤	٠,٣٨	***
٤	٢,٥٨	٠,٩٥	٠,٠٠	غير دال	٢٣	٤,٢٦	٠,٨٢	٠,٥٦	***
٥	٤,٠٠	٠,٩٧	٠,٢٣	**	٢٤	٣,٢١	١,١٦	٠,١٧	*
٦	٤,٣٥	٠,٧٩	٠,١٨	*	٢٥	٣,٩٠	١,٠٣	٠,٤٤	***
٧	٣,٧٨	٠,٩٦	٠,٣٠	***	٢٦	٣,٨٣	٠,٩٩	٠,٥٦	***
٨	٤,٠٢	٠,٨١	٠,١٧	*	٢٧	٣,٥٢	١,٠٣	٠,٤٣	***
٩	٤,٠٢	٠,٨١	٠,٢٣	**	٢٨	٣,٧٧	٠,٨٤	٠,٥١	***
١٠	٣,٤١	٠,٩٨	٠,١٣	٠,٠٧١	٢٩	٣,٥٧	٠,٩٣	٠,٤٤	***
١١	٣,٢٠	١,٠٣	٠,٢٥	***	٣٠	٤,٠٨	١,٠٧	٠,٣٤	***
١٢	٣,٧٣	١,٠٥	٠,٤٤	***	٣١	٢,٩٢	١,٢٦	٠,٠٩	غير دال
١٣	٣,٥٨	٠,٨٨	٠,٤٢	***	٣٢	٤,١١	٠,٨٤	٠,٣٩	***
١٤	٤,١٤	٠,٨١	٠,٤٧	***	٣٣	٣,٤٥	١,٠٣	٠,٤٨	***
١٥	٣,٨٥	٠,٨٧	٠,١٧	*	٣٤	٣,٤٨	٠,٩٥	٠,٥٢	***
١٦	٤,٠٨	٠,٨٣	٠,٤٦	***	٣٥	٣,٦٧	٠,٩١	٠,٥٢	***
١٧	٤,٣٩	٠,٨٦	٠,٢٩	***	٣٦	٣,٦٣	٠,٩٩	٠,٤٦	***
١٨	٣,٥٨	١,٠٦	٠,١٩	**	٣٧	٣,٤٢	١,٠٧	٠,٤١	***
١٩	٣,٨٠	٠,٨٨	٠,١٣	٠,٠٧٣	٣٨	٣,٣٨	١,٠٥	٠,٣١	***

ن للعينة = ٢٠٥ — ن للفقرات = ٣٨

*** دالة إحصائياً عند < ٠٠٠,٠ — ** دالة إحصائيا عند < ٠٠,٠ — * دالة إحصائيا < ٠,٠

جدول رقم (٢٢) يوضح معاملات ارتباط فقرات مقياس الاتجاهات مع أبعادها بطريقة بيرسون

رقم الفقرة	البعد	الارتباط مع البعد	دلالة الارتباط
١	أسباب المرض النفسي	٠,٤٦	***
٢		٠,٣٩	***
٣		٠,٥٩	***
٤		٠,٠٣	٠,٦٥٠
٥		٠,٤٣	***
٦		٠,٤٢	***
٧		٠,٤١	***
٨		٠,٣٩	***
٩		٠,٤٩	***
١٠		٠,١٧	*
١١	صورة المريض النفسي	٠,٥١	***
١٢		٠,٥٨	***
١٣		٠,٦٢	***
١٤		٠,٦٥	***
١٥		٠,٣١	***
١٦		٠,٥٩	***
١٧	طرق علاج المرض النفسي	٠,٤٠	***
١٨		٠,٦٠	***
١٩		٠,٦٢	***
٢٠		٠,٦٢	***
٢١		٠,٥٩	***
٢٢	الشفاء من المرض النفسي	٠,٥٧	***
٢٣		٠,٦٣	***
٢٤		٠,٦٠	***
٢٥	المشاعر والسلوكيات نحو المريض النفسي	٠,٥٣	***
٢٦		٠,٥٧	***
٢٧		٠,٥٤	***
٢٨		٠,٦٢	***
٢٩		٠,٥٩	***
٣٠		٠,٤٣	***
٣١		٠,٠٧	٠,٣٣٨
٣٢		٠,٣٧	***
٣٣		٠,٦٠	***
٣٤		٠,٦٣	***
٣٥		٠,٦٣	***
٣٦		٠,٥٧	***
٣٧		٠,٤١	***
٣٨		٠,٣٢	***

ن للعينة =٢٠٥

ن للفقرات =٣٨

*** دالة إحصائية عند < ٠,٠٠٠

* دالة إحصائياً عند < ٠,٠

الجدول رقم (٢٣) يوضح مساهمة مفردات مقياس الاتجاهات في تعزيز معامل ألفا البالغ ٠,٧٦

رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها	رقم المفردة	الثبات عند استبعادها
١	٠,٧٥٥	١١	٠,٧٥٩	٢١	٠,٧٥٩	٣١	٠,٧٧١
٢	٠,٧٦١	١٢	٠,٧٤٩	٢٢	٠,٧٥٢	٣٢	٠,٧٥٢
٣	٠,٧٦٤	١٣	٠,٧٥١	٢٣	٠,٧٤٥	٣٣	٠,٧٤٧
٤	٠,٧٧٠	١٤	٠,٧٤٩	٢٤	٠,٧٦٥	٣٤	٠,٧٤٦
٥	٠,٧٦٠	١٥	٠,٧٦١	٢٥	٠,٧٤٩	٣٥	٠,٧٤٦
٦	٠,٧٦٠	١٦	٠,٧٤٩	٢٦	٠,٧٤٣	٣٦	٠.٧٤٨
٧	٠,٧٥٦	١٧	٠,٧٥٦	٢٧	٠,٧٥٠	٣٧	٠.٧٥١
٨	٠,٧٦١	١٨	٠,٧٦٢	٢٨	٠,٧٤٧	٣٨	٠,٧٥٦
٩	٠,٧٥٩	١٩	٠,٧٦٣	٢٩	٠,٧٥٠	ن للفقرات =٣٨	
١٠	٠,٧٦٤	٢٠	٠,٧٥٥	٣٠	٠,٧٥٥	ن للعينة =٢٠٥	

مقياس المسؤولية الشخصيـة الاجتماعيـة

إعداد الدكتور

زايد بن عجير الحارثي

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الكريم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ....

هذا مقياس صمم لإبداء الرأي حول المشاعر النفسية نحو بعض القضايا الاجتماعية فالرجاء إبداء رأيك نحو هذه المشاعر بأمانة وذلك بالإجابة على جميع العبارات بالإشارة بعلامة (✓) أمام العبارة المناسبة علماً بأنه لا يترتب على إجابتك أي صحة أو خطأ ، كما أن المعلومات التي سوف تدلي بها هي لغرض البحث العلمي فقط ولا تنبيء عن هويتك إطلاقاً.

مع خالص الشكر والتقدير ،،،

الباحث

العبـــــــــارة	يحدث غالبا	يحدث أحيانا	نادرا ما يحدث
١- إذا شب حريق في الحي الذي أسكن فيه فإني أسارع للمساهمة في أطفائه			
٢- الأطباق الهوائية (الدش) خطر على سلوك الأطفال			
٣- المشاركة مع الجيران وسكان الحي في إنجاز حاجاتهم الأساسية من الأمور الهامة في حياتي			
٤- إنتشار البطالة بين الشباب يؤدي إلى فساد اجتماعي			
٥- حينما أرى شخصين يتشاجران أمامي بالشارع ، فإني أتجنب التدخل			
٦- القنوات التلفزيونية المختلفة أهم مصدر للتربية الثقافية			
٧- حينما أشاهد نفاية تالفة في الشارع فإني أعمل على إزالتها من الطريق			
٨- مسؤولية الآباء في متابعة مستوى أبنائهم العلمي مسؤولية ثانوية			
٩- عندما أشاهد شخصا ينزف إثر حادث فإني أعمل على إسعافه			
١٠- إذا طلب مني التبرع بالدم لإنقاذ حياة شخص ما فإني أتبرع له			
١١- أتمثل في حياتي بالمثل القائل " أنا وبعدي الطوفان "			
١٢- أؤمن بأن انتشار التدخين يضر بالصحة العامة			
١٣- أتدخل إذا لاحظت من يوقف سيارته في مكان مخصص لسيارتين			
١٤- إنشغال الوالدين عن متابعة أبنائهم يؤدي إلى مفاسد للأبناء			
١٥- أتدخل إذا استخدم أحدهم منبه السيارة للنداء على صديق			
١٦- أفضل العمل منفردا على العمل جماعة			
١٧- إذا شاهدت أحدا يعبث بهواتف العملة العامة ، فإني أتدخل بالنصح			
١٨- إذا لاحظت أطفالاً يعبثون في ألعاب حديقة عامة فإني أتدخل بالنصح وأنصحهم بإصلاحها			
١٩- إذا رأيت عاجزا يوشك أن يقع في خطر فإني أتوقف وأقدم له المساعدة			
٢٠- أساهم في أعمال تطوعية لخدمة المجتمع			
٢١- الدفاع المدني جزء من مسؤولية كل مواطن			
٢٢- أتدخل حينما أرى شخصاً يعبث بمقعد حافلة نقل عام وأمنعه			
٢٣- أبلغ المرور حينما أرى قائد سيارة يقود سيارته بسرعة جنونية			
٢٤- إذا علمت بأن شخصاً ما يتعامل بالرشوة في وطني فإني أبلغ المسؤولين عن ذلك			

العبـــــــــــارة	يحدث غالبا	يحدث أحيانا	نادرا ما يحدث
٢٥- يهمني دائما مصلحتي الشخصية وأسرتي			
٢٦- أساعد المسلمين المضطهدين في العالم بالدعاء لهم فقط			
٢٧- لو طلب مني أن أوقع في استمارة على التبرع بأحد الأعضاء بعد الوفاة فإني أعترض			
٢٨- إنتشار الأسواق في بلادنا يوفر الكثير من المال على أسرنا			
٢٩- إذا سمعت أنيناً وبكاءً عند أحد الجيران فإني أتحاشى التدخل			
٣٠- أنصح من أراه يدخن بالإقلاع عن التدخين			
٣١- سبق لى أن تبرعت بالدم			
٣٢- فراغ الشباب مفسدة للمجتمع			
٣٣- رجال الأمن هم المسؤولون عن مكافحة العمالة الأجنبية غير النظامية			
٣٤- مسؤولية من لا يصلي في المسجد تقع على الشخص وحده فقط			
٣٥- إذا استوقفني شخص للمساعدة في الطريق فإني أتهرب منه			
٣٦- التصرفات غير اللائقة الصادرة عن أبناء وطني في الخارج تقع عليهم وحدهم فقط			
٣٧- أتدخل حينما أرى أطفالاً يدخنون في الشارع			
٣٨- أساهم في جمعية خيرية إسلامية			
٣٩- أجلس أحياناً في المجلس الذي يردد فيه إشاعات أو نميمه			
٤٠- أساهم في توجيه الإفراد للنظافة			
٤١- أبلغ وزارة التجارة عن أي محل يبيع البضائع بأسعار أكثر مما هو مقرر			
٤٢- أقرأ كل ما له علاقة بالقضايا الاجتماعية المحلية			
٤٣- أتدخل حينما أرى أطفالاً يلعبون بالكرة في الطريق العام			
٤٤- أعتني دائماً بنظافتي ونظافة أسرتي			
٤٥- أتألم حينما ألاحظ كتابات تخل بالآداب العامة في أي مكان			
٤٦- لو شاهدت سيارة تصدم شخصا وتهرب ، فإني لا أحاول اللحاق بها لأخذ رقمها			
٤٧- أتعاون مع موظف الاحصاءات حينما يطلب المساعدة في أي معلومات لخدمة الوطن			

العبـــــــــارة	يحدث غالبا	يحدث أحيانا	نادرا ما يحدث
٤٨- أتدخل حينما أرى شخصاً يحاول تخطي الآخرين في الدور لإنجاز مصلحته			
٤٩- أستاء من الذين يزعجون الآخرين في الطريق			
٥٠- أخاف على أبناء وطني من الأمراض المعدية			
٥١- أتوقف بسيارتي لحمل شخص عجوز واقف في الطريق			
٥٢- لكل فرد الحق في إيقاف سيارته في المكان الذى يرتاح له			
٥٣- كلما يحين موعد التطعيم ضد وباء معين فإني أسارع بتطعيم نفسي وأسرتي			
٥٤- إن الموظف الذي يعطل معاملات المراجعين يضر بالمجتمع			
٥٥- حينما يناقشني زملائي في قضية عامة فإني أتجنب التفاعل معهم			
٥٦- حين تقتضي مصلحتي الغش فإني ألجأ إليه			
٥٧- أعتمد على نفسي وحدي في حل مشكلاتي			
٥٨- أتابع مباريات منتخبنا الوطني			
٥٩- واجب كل متعلم أن يساعد في تعليم من لا يعرف القراءة والكتابة			
٦٠- أبتعد عن مساعدة الآخرين لأنها تجلب لي المشكلات			
٦١- إذا لاحظت أى صنبور ماء مفتوح فإني أترك الأمر لغيري لقفله			
٦٢- من واجب كل مواطن أن يفهم خطط التنمية في وطننا			
٦٣- أفضل العمل في جماعة مع زملائي على العمل المنفرد			
٦٤- يهمني متابعة الأخبار المحلية في وسائل إعلامنا المختلفة			
٦٥- كل منا مسؤول عن رعاية والديه حتى ولو أصابهم العجز			
٦٦- أهتم بأموري الخاصة فقط			
٦٧- ليس لي أصدقاء			
٦٨- كل مواطن يجب أن يكون مستعدا لخدمة وطنه في أي طارىء			
٦٩- نادراً ما أسأل عن أحوال جيراني			
٧٠- مكافحة المخدرات مسؤولية رجال الأمن فقط			

جداول معاملات الصدق والثبات لمفردات مقياس المسئولية

جدول رقم (٢٤) يوضح المتوسطات والإنحرافات المعيارية لفقرات مقياس المسئولية وارتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الإرتباط مع المقياس الكلي	دلالة الإرتباط	الإرتباط مع الأبعاد	دلالة الإرتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الإرتباط مع المقياس الكلي	دلالة الإرتباط	الإرتباط مع الأبعاد	دلالة الإرتباط
١	٢,٤٤	٠,٧٣	٠,٤٠	***	٠,٤٢	***	١٨	٢,٢٨	٠,٧٦	٠,٥٨	***	٠,٦٤	***
٢	٢,٥٢	٠,٦٥	٠,١٣	٠,٧٢	٠,٣٠	***	١٩	٢,٧٧	٠,٥٣	٠,٥٥	***	٠,٤٧	***
٣	٢,٢٥	٠,٧١	٠,٣٤	***	٠,٣٤	***	٢٠	٢,٢٨	٠,٧١	٠,٥٥	***	٠,٥٧	***
٤	٢,٧٥	٠,٥٣	٠,٣٨	***	٠,٤٥	***	٢١	٢,٦٧	٠,٦١	٠,٤٧	***	٠,٥٣	***
٥	٢,١٨	٠,٧٥	٠,١٧	*	٠,٢٩	***	٢٢	٢,١٢	٠,٧٦	٠,٦٠	***	٠,٥٨	***
٦	٢,١٤	٠,٧٦	٠,١٢	٠,٨٦	٠,٣٤	***	٢٣	١,٨٢	٠,٨٢	٠,٣٥	***	٠,٥٨	***
٧	٢,١٩	٠,٧٦	٠,٤٣	***	٠,٥٦	***	٢٤	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٤٥	***	٠,٥٣	***
٨	٢,٢٦	٠,٨٢	٠,١٨	*	٠,٤٨	***	٢٥	١,٤٠	٠,٦٥	٠,١٣	٠,٠٧٠	٠,٣٧	***
٩	٢,٧٠	٠,٦٠	٠,٥٠	***	٠,٤٩	***	٢٦	١,٧٠	٠,٧٢	٠,٠٢	غير دال	٠,١٤	*
١٠	٢,٧٣	٠,٥٧	٠,٤٣	***	٠,٤٧	***	٢٧	٢,٢٤	٠,٨٤	٠,٢٥	***	٠,٤٣	***
١١	٢,٦٠	٠,٦٥	٠,٢٠	**	٠,٤٩	***	٢٨	٢,٠٤	٠,٧٧	-٠,٠٩	غير دال	٠,٢٠	**
١٢	٢,٧٣	٠,٥٨	٠,٤٥	***	٠,٣٢	***	٢٩	٢,١٧	٠,٧٨	٠,١٤	*	٠,٢٨	***
١٣	١,٨١	٠,٧٧	٠,٣١	***	٠,٥٠	***	٣٠	٢,٣١	٠,٧٨	٠,٤٧	***	٠,٥٩	***
١٤	٢,٧٨	٠,٥١	٠,٣١	***	٠,٣٥	***	٣١	٢,٢٥	٠,٨٥	٠,٤٣	***	٠,٤٩	***
١٥	١,٨٩	٠,٧٨	٠,٣٤	***	٠,٣٦	***	٣٢	٢,٧٢	٠,٥٥	٠,٣٩	***	٠,٥١	***
١٦	٢,٣٣	٠,٧٠	٠,٣١	***	٠,٥١	***	٣٣	١,٤٠	٠,٦٨	٠,٠٨	غير دال	٠,١٥	*
١٧	٢,٢٠	٠,٧٦	٠,٥٦	***	٠,٥٨	***	٣٤	١,٩٤	٠,٨٣	٠,٢٧	***	٠,٣٤	***

تابع جدول رقم (٢٤) الذي يوضح المتوسطات والإنحرافات المعيارية لفقرات مقياس المسئولية وارتباطها مع المقياس الكلي وأيضاً مع الأبعاد

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الإرتباط مع المقياس الكلي	دلالة الإرتباط	الإرتباط مع الأبعاد	دلالة الإرتباط	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الإرتباط مع المقياس الكلي	دلالة الإرتباط	الإرتباط مع الأبعاد	دلالة الإرتباط
٣٥	٢,٥٨	٠,٦٣	٠,٢٩	***	٠,٤٥	***	٥٣	٢,٨٤	٠,٤٢	٠,٢٦	***	٠,٢٨	***
٣٦	٢,١٠	٠,٨٣	٠,١٧	*	٠,٢٧	***	٥٤	٢,٧٩	٠,٥٣	٠,٢٤	***	٠,٣٥	***
٣٧	٢,٠٩	٠,٨٣	٠,٣٩	***	٠,٦٢	***	٥٥	٢,٣٧	٠,٧٣	٠,٢٩	***	٠,٥٥	***
٣٨	٢,١٦	٠,٧٣	٠,٣٩	***	٠,٤٤	***	٥٦	٢,٧٦	٠,٥٣	٠,٣١	***	٠,٤١	***
٣٩	٢,٧٦	٠,٤٩	٠,٢١	**	٠,٣١	***	٥٧	١,٧٠	٠,٧٠	٠,١٨	*	٠,٣٢	***
٤٠	٢,٤٤	٠,٦٨	٠,٥٤	***	٠,٥٩	***	٥٨	٢,٤٨	٠,٧٤	٠,١٥	*	٠,٣٧	***
٤١	١,٩٠	٠,٨٢	٠,٤٤	***	٠,٥٤	***	٥٩	٢,٤٤	٠,٦٩	٠,٤٤	***	٠,٤٢	***
٤٢	٢,١٢	٠,٧٥	٠,٤٢	***	٠,٤٥	***	٦٠	٢,٤٠	٠,٦٥	٠,٣٠	***	٠,٤٨	***
٤٣	١,٩٧	٠,٨٣	٠,٤٦	***	٠,٦٦	***	٦١	٢,٧٢	٠,٥٩	٠,٣٣	***	٠,٣٢	***
٤٤	٢,٨٧	٠,٣٩	٠,٣١	***	٠,٢٧	***	٦٢	٢,٤٦	٠,٧٠	٠,٤٥	***	٠,٥٢	***
٤٥	٢,٧٢	٠,٥٥	٠,٤٧	***	٠,٣٨	***	٦٣	٢,٥٣	٠,٦٤	٠,٢٩	***	٠,٣٥	***
٤٦	٢,٥٢	٠,٧٥	٠,٢٣	**	٠,٣٩	***	٦٤	٢,٤٣	٠,٧١	٠,٤٧	***	٠,٤٩	***
٤٧	٢,٧٩	٠,٤٧	٠,٥٣	***	٠,٥٦	***	٦٥	٢,٨٩	٠,٤٢	٠,٣٣	***	٠,٢٨	***
٤٨	٢,٣٤	٠,٦٩	٠,٤٠	***	٠,٤٦	***	٦٦	٢,٢٢	٠,٧٣	٠,٢٧	***	٠,٥٦	***
٤٩	٢,٦٥	٠,٥٧	٠,٣٥	***	٠,٣٩	***	٦٧	٢,٦٩	٠,٦٢	٠,٣٣	***	٠,٤٠	***
٥٠	٢,٨١	٠,٤٦	٠,٤٥	***	٠,٤٣	***	٦٨	٢,٨١	٠,٤٩	٠,٣٧	***	٠,٤٢	***
٥١	٢,٤٢	٠,٧١	٠,٥٠	***	٠,٥٧	***	٦٩	٢,٣٥	٠,٦٧	٠,٣٠	***	٠,٢٩	***
٥٢	٢,٢٦	٠,٨٢	٠,٢١	**	٠,٤٥	***	٧٠	٢,١٩	٠,٨٧	٠,٢٤	***	٠,٣٦	***

ن = للعينة = ٢٠٥ ن للفقرات = ٧٠

*** دالة إحصائياً عند < ٠,٠٠٠ ** دالة إحصائياً عند <٠,٠٠ * دالة إحصائياً عند <٠,٠

جدول رقم (٢٥) يوضح مساهمة مفردات مقياس المسئولية في تعزيز معامل ألفا البالغ ٠,٨٨

رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها	رقم الفقرة	الثبات عن استبعادها
١	٠,٨٧٧	١٥	٠,٨٧٧	٢٩	٠,٨٨٠	٤٣	٠,٨٧٦	٥٧	٠,٨٧٩
٢	٠,٨٨٠	١٦	٠,٨٧٨	٣٠	٠,٨٧٦	٤٤	٠,٨٧٨	٥٨	٠,٨٨٠
٣	٠,٨٧٧	١٧	٠,٨٧٤	٣١	٠,٨٧٦	٤٥	٠,٨٧٦	٥٩	٠,٨٧٦
٤	٠,٨٧٧	١٨	٠,٨٧٤	٣٢	٠,٨٧٧	٤٦	٠,٨٧٩	٦٠	٠,٨٧٨
٥	٠,٨٨٠	١٩	٠,٨٧٥	٣٣	٠,٨٨٠	٤٧	٠,٨٧٦	٦١	٠,٨٧٧
٦	٠,٨٨٠	٢٠	٠,٨٧٥	٣٤	٠,٨٧٩	٤٨	٠,٨٧٧	٦٢	٠,٨٧٦
٧	٠,٨٧٦	٢١	٠,٨٧٦	٣٥	٠,٨٧٨	٤٩	٠,٨٧٧	٦٣	٠,٨٧٨
٨	٠,٨٨	٢٢	٠,٨٧٤	٣٦	٠,٨٨٠	٥٠	٠,٨٧٧	٦٤	٠,٨٧٦
٩	٠,٨٧٦	٢٣	٠,٨٧٧	٣٧	٠,٨٧٧	٥١	٠,٨٧٥	٦٥	٠,٨٧٨
١٠	٠,٨٧٦	٢٤	٠,٨٧٦	٣٨	٠,٨٧٧	٥٢	٠,٨٧٩	٦٦	٠,٨٧٨
١١	٠,٨٧٩	٢٥	٠,٨٨٠	٣٩	٠,٨٧٨	٥٣	٠,٨٧٨	٦٧	٠,٨٧٧
١٢	٠,٨٧٦	٢٦	٠,٨٨١	٤٠	٠,٨٧٥	٥٤	٠,٨٧٨	٦٨	٠,٨٧٧
١٣	٠,٨٧٨	٢٧	٠,٨٧٩	٤١	٠,٨٧٦	٥٥	٠,٨٧٨	٦٩	٠,٨٧٨
١٤	٠,٨٧٨	٢٨	٠,٨٨٣	٤٢	٠,٨٧٦	٥٦	٠,٨٧٨	٧٠	٠,٨٧٩

خطابات الموافقة

على تطبيق أدوات الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى



الرقم : ٢٦/ج/١
التاريخ : ١٧/٢/١٤١٧
المشفوعات : ـــ

سعادة مدير مستشفى الصحه النفسيه ـ بالطائف الموقر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..... وبعد

حيث ان الطالب / خالد بن على راجح بركات ، بقسم علم النفس بكلية التربيه بجامعة أم القرى بمرحلة الدراسات العليا (ماجستير) يقوم حاليا بأجراء تطبيق اختبارات دراسته بعنوان ((الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتها بالمسوءولية الاجتماعيه)).

وذلك على عينه من العاملين لديكم وذوى المرضى .

لذا نرجو من سعادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب امتدادا للتعاون القائم فيما بين الجامعه وادارتكم العامره .

وتقبلوا سعادتكم منا خالص التحيات والتقدير .....

عميد كلية التربيه بمكه المكرمه

د / عبدالعزيز بن عبد الله خياط

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Telex 540026 Jammka SJ
Faxemely 5564560
Tel - 02 - 5574644 (10 Lines)

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص . ب : ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٢٦ م . ك جامعة
فاكسميلي : ٥٥٦٤٥٦٠
تليفون : ٠٢ ـ ٥٥٧٤٦٤٤ (١٠ خطوط)

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالى
جامعة أم القرى



الرقم : ١/٢٤٦
التاريخ : ١٤١٧/٢/١٧
المشفوعات : ـــــ

سعادة مدير مستشفى الصحه النفسيه ـ بجده — الموقر
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..... — وبعد

حيث ان الطالب / خالد بن على راجح بركات ، بقسم علم النفس بكلية التربيه بجامعة أم القرى بمرحلة الدراسات العليا (ماجستير) يقوم حاليا بأجراء تطبيق اختبارات دراسته بعنوان ((الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسى وعلاقتها بالمسوءولية الاجتماعيه)).
وذلك على عينه من العاملين لديكم وذوى المرضى .
لذا نرجو من سعادتكم التكرم بتسهيل مهمة الطالب امتدادا للتعاون القائم فيما بين الجامعه وادارتكم العامره .

وتقبلوا سعادتكم منا خالص التحيات والتقدير .....

عميد كلية التربيه بمكه المكرمه

د / عبد العزيز بن عبد الله خياط

Umm AL - Qura University
Makkah Al Mukarramah P.O. Box 715
Cable Gameat Umm Al - Qura, Makkah
Telex 540026 Jammka SJ
Faxemely 5564560
Tel - 02 - 5574644 (10 Lines)

جامعة أم القرى
مكة المكرمة ص . ب ٧١٥
برقيا : جامعة أم القرى مكة
تلكس عربي ٥٤٠٠٢٦ م . ج جامعة
فاكسميلي : ٥٥٦٤٥٦٠
التليفون : ٠٢ - ٥٥٧٤٦٤٤ (١٠ خطوط)